THE NATIONAL STRATEGY: MOVING FORWARD

THE **2005** PROGRESS REPORT ON TOBACCO CONTROL

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.
Health Canada

Prepared by the Canadian tobacco control community

The Tobacco Control Liaison Committee of the
Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security,
in collaboration with non-governmental organizations

Published by authority of the
Minister of Health

This publication can be made available upon request on computer diskette, in large print, on audio cassette, or in braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2005

Cat. H128-1/05-442
ISBN 0-662-69369-8
4311

106-02397/

CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY III

INTRODUCTION 1

TRACKING KEY INDICATORS 3

Smoking prevalence in Canada 3

OVERALL SMOKING PREVALENCE IN CANADA 5

SMOKING PREVALENCE AMONG YOUTH GROUPS 6

PREVALENCE RATES ACROSS THE PROVINCES 7

Cigarette consumption in Canada 7

OVERALL CIGARETTE CONSUMPTION IN CANADA 7

CIGARETTE CONSUMPTION AMONG CANADIAN YOUTH 9

CIGARETTE CONSUMPTION BY PROVINCE 9

Tobacco industry statistics 10

DOMESTIC CIGARETTE SALES 11

Health effects of tobacco use 12

MORTALITY ATTRIBUTABLE TO SMOKING 12

Tobacco use, health determinants, and health disparities 14

GENDER, SEX, AND TOBACCO USE 15

MOVING TOWARD A SMOKE-FREE SOCIETY 17

Prevention 17

Cessation 18

Protection 18

Denormalization 19

PROGRESS IN STRATEGIC DIRECTIONS 20

Policy and legislation 20

ENACTING AND AMENDING LEGISLATION 20

IMPLEMENTING TAX INCREASES 21

DEVELOPING POLICIES AND STRENGTHENING STRATEGIES 21

PROVIDING SMOKE-FREE SPACES 22

COURT RULINGS 22

Public education (information, mass media, programs, and services) 22

SERVING DIVERSITY 22

MEETING THE NEEDS OF SPECIFIC GROUPS 23

CREATING INCENTIVES 24

INFORMATION AND MASS MEDIA CAMPAIGNS 24

IT'S A BLAST! 25

ESPECIALLY FOR YOUTH 25

Building and supporting capacity for action 26
Industry accountability and product control 28
Research, evaluation, and monitoring 28

CONCLUSION **30**

APPENDIX A: MEMBER LIST— FEDERAL PROVINCIAL TERRITORIAL TOBACCO CONTROL LIAISON COMMITTEE **31**

EXECUTIVE SUMMARY

Canada has always been a world leader in tobacco control. Over the past forty years, using a combination of legislation, public education campaigns, and public health actions, we have reduced the percentage of Canadian smokers to its lowest point in 50 years.

As the annual progress report for Canada's national tobacco control strategy, *Moving Forward* has for the past five years presented a yearly snapshot of provincial, territorial, and federal efforts to reduce tobacco use.

Each year, the report alternates between a concise report in even-numbered years and an expanded report in odd-numbered years. This, an expanded version, contains three sections. As it does every year, the Tracking Key Indicators section presents statistics on smoking prevalence and cigarette consumption in Canada as collected by the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey. This year the report also includes data on domestic cigarette sales and on the health effects of tobacco use.

In its first year, the progress report noted some gaps in our knowledge of tobacco use in Canada. This year the report is able to present data that will help fill an existing gap, notably the lack of survey data from the North. Because of the fewer number of households with telephones in the North, data collection in Yukon, Northwest Territories, and Nunavut is more difficult. For this reason, the territories typically are not included in large surveys. However, through an agreement between the Government of the Northwest Territories Department of Health and Social Services and Health Canada a tobacco use survey was completed in the Northwest Territories in 2004, and some of those results are presented in Tracking Key Indicators.

In the 2004 edition, *Moving Forward* discussed the relationship between tobacco use, health determinants, and health disparities. This year the report expands on that discussion with a closer look at gender and tobacco use, which suggests that cessation strategies need to be tailored not just to age, but to gender as well. Moving Toward a Smoke-Free Society takes a closer look at the National Strategy's four goals: prevention, cessation, protection, and denormalization. And finally, Progress in Strategic Directions showcases a sampling of tobacco control initiatives from across the country.

In terms of tobacco control, five years is a relatively short time. And yet, over the past five years we have seen progress. We have continued to add to our knowledge, and continued to develop resources and create tools. We have steadily and systematically gathered data—comparable data suitable for research. We know that the National Strategy that was revised in 1999 has taken us further down the road to a healthier society.

However, as noted in Tracking Key Indicators, as the prevalence rate declines at a slower pace, Canada appears to be approaching a more difficult to reach population of Canadian smokers. With data from the North and with an analysis of health disparities, we know that there can be systematic variations in the distribution of tobacco use. Perhaps it is time to once again revisit our national strategy and target those harder to reach populations using tactics specifically designed to meet their needs.

INTRODUCTION

Canada has always been a world leader in tobacco control. Over the past forty years, using a combination of legislation, public education campaigns, and public health actions, we have reduced the percentage of Canadian smokers to its lowest point in 50 years.

For the past five years, this progress report, *Moving Forward*, has presented examples of activities undertaken by provinces, territories, NGOs, and the federal government. In many instances, these tobacco control efforts are collaborative. In fact, in 1999 when the current tobacco control strategy was approved, the federal/provincial/territorial Ministers of Health agreed that "sustained, comprehensive, integrated, and collaborative approaches were required for successful tobacco control." Like its four predecessors, this report again presents examples of just such approaches.

In its original mandate, the tobacco control progress report was intended to "track trends over time and pinpoint gaps in the knowledge required to combat tobacco use." Thanks to the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS), *Moving Forward* has been able to present each year up-to-date, reliable, and comparable data on tobacco use in Canada. In addition, this year we are pleased to present data that will help fill an existing gap. Because of the fewer number of households with telephones in the North, data collection in Yukon, Northwest Territories, and Nunavut is more difficult. For this reason, the territories typically are not included in large surveys.

In 2003, an agreement was reached between the Government of the Northwest Territories Department of Health and Social Services and Health Canada to carry out a tobacco use survey in the Northwest Territories. The 2005 *Moving Forward* includes data from the Northern Tobacco Use Monitoring Survey of 2003–2004.

Although tobacco uptake, use, and addiction is an extremely complex problem, we have succeeded in reducing tobacco use in Canada. We have learned through experience, and are still learning, what works best. We have learned how to implement tobacco control legislation while successfully withstanding the tobacco industry's persistent legal challenges. We have learned to support that legislation with research and monitoring. We have learned how to create and target media campaigns. We have learned how to tailor cessation programs to the needs of specific groups. We have learned to extend our education efforts to the very young. Most of all, we have learned to work more effectively together because tobacco use, with its enormously negative consequences for our society, is everyone's problem. By reporting on tobacco control activities, the National Strategy's progress report continues to be a vehicle for sharing best practices, disseminating information, and providing input into a continuous learning process.

Moving Forward alternates between a concise report in even-numbered years and an expanded report in odd-numbered years. This, an expanded version, contains three sections. Tracking Key Indicators presents statistics on smoking prevalence and cigarette consumption in Canada, on domestic cigarette sales, and on the health effects of tobacco use. It also discusses the relationship between tobacco use, health determinants, and health disparities with a closer look at gender and tobacco use. Moving Toward a Smoke-Free Society takes a closer look at the National Strategy's four goals: prevention, cessation, protection, and denormalization.

Progress in Strategic Directions presents a small selection from the vast number of tobacco control activities being conducted by territories, provinces, and the federal government, often working in partnership with NGOs, community groups, and voluntary health agencies.

Progress in Strategic Directions is organized according to the National Strategy's five strategic directions:

- Policy and legislation
- Public education (information, mass media, programs, and services)
- Industry accountability and product control
- Research, evaluation, and monitoring
- Building and supporting capacity for action

The reporting period for this edition of *Moving Forward* is spring 2004 to spring 2005. This edition presents data collected by the 2004 Canadian Tobacco Use Monitoring Survey.

TRACKING KEY INDICATORS

Tobacco control in Canada benefits from a continuous learning process. We have been persistent in developing measures to assess, monitor, and improve tobacco control programs and activities, while continually searching for ways to fill the gaps in our knowledge.

One critical gap has been a lack of survey data from the North. Because data collection is more difficult in Yukon, Northwest Territories (NWT), and Nunavut, the territories have typically not been included in large surveys. In the winter of 2003, a Northern Tobacco Use Monitoring Survey (NTUMS) was conducted by the NWT Bureau of Statistics, with data analysis and a report completed in the fall of 2004. The data from this NTUMS will augment the data from the 2004 Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) presented here.

Since 1999, CTUMS has been providing up-to-date, reliable, comparable, and continuous data on tobacco use in Canada. The survey was instituted by Health Canada with input from the provinces and is conducted by Statistics Canada. It provides half-year (Wave 1) and full-year data provincially with a national roll-up, using a full-year sample size of over 20,000 respondents. About 50% of those surveyed are between 15 and 24 years of age because this is the population most at risk for taking up smoking.

Some gaps still remain. Tobacco control advocates recognize that there are groups, which probably have a large percentage of regular and heavy smokers, that are not captured in surveys. These include individuals who are incarcerated or institutionalized, and homeless people, of whom many are marginalized youth.

Traditionally, tobacco use is measured in three ways:

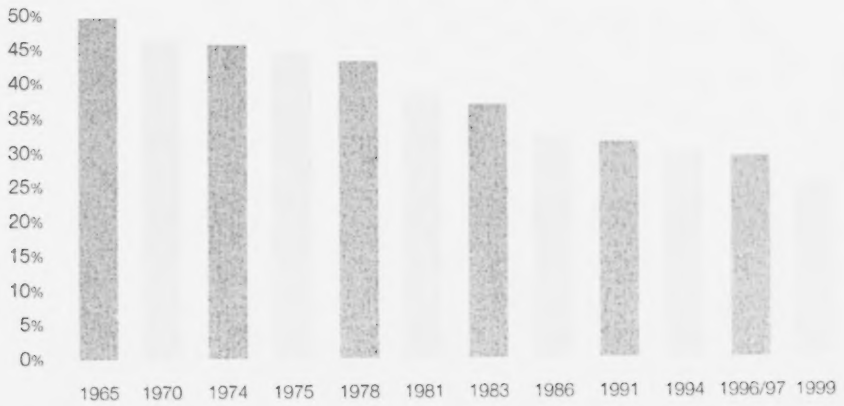
- prevalence (what percentage of Canadians smoke),
- consumption (how many cigarettes daily smokers smoke per day), and
- tobacco sales.

While each measure has its strengths and weaknesses, together they sketch the picture of tobacco use in Canada.

Smoking prevalence in Canada

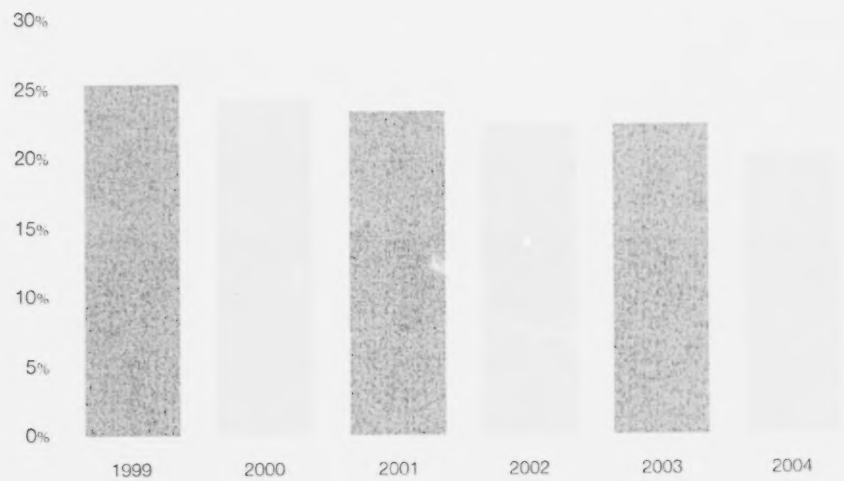
The first *Moving Forward* report in 2001 included prevalence information from 1965 when regular monitoring of smoking began. The report highlighted the significant decline in the percentage of Canadian smokers from an estimated 50% in 1965 to 24% in 2000. These were encouraging figures. Certain years became particularly important milestones in the fight against tobacco use, for example: 1981 when prevalence dropped below 40% and 1994 when it dropped below 30% (See Figure 1A). These prevalence rates now represent a different era in tobacco control. Over the past five years, the CTUMS data indicate that although prevalence for the general population continues to decline, it is declining in smaller increments. We appear to be approaching a more difficult to reach population of Canadian smokers. *Moving Forward* will now tighten its focus to prevalence data collected since 1999 by CTUMS.

FIGURE 1A | Prevalence of Canadian current smokers, aged 15 years and over, 1965–1999*



Source: Labour Force Survey Supplement, 1965–1975, 1981–1986; Canada Health Survey, 1978; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, 1994; National Population Health Survey, 1996/97; Canadian Tobacco Use Monitoring Use Survey, 1999.

FIGURE 1B | Prevalence of Canadian current smokers, aged 15 years and over, 1999–2004



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Use Survey (Annual), 1999–2004.

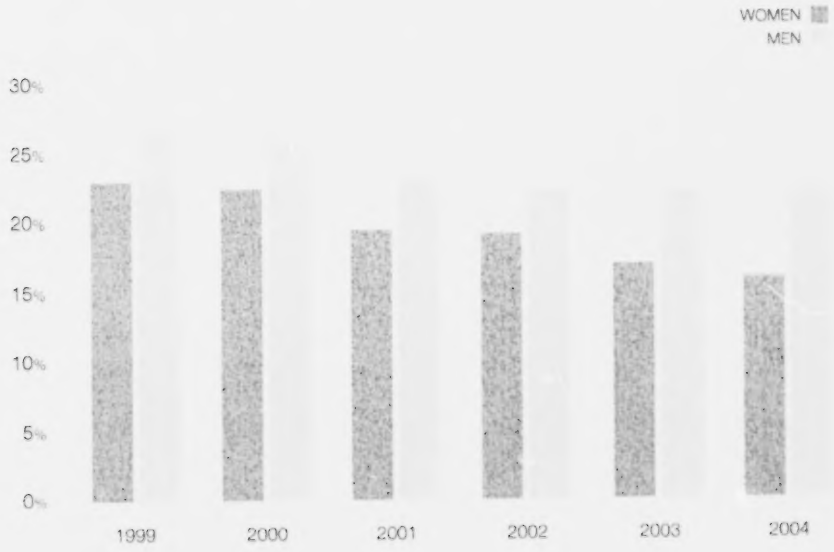
Although the downward trend in smoking prevalence in the provinces continues, we appear to have reached a point at which prevalence rates represent hard to reach populations. According to the latest results from CTUMS, for data collected in 2004, slightly more than 5 million people, representing 20% of the population aged 15 years and older, were current smokers. (Of these, 15% reported smoking daily, while 5% reported smoking occasionally.) This represents a slight decrease from last year's prevalence rate of 21% (Figure 1B).

According to the NTUMS results, 41% of the NWT population 15 years and older currently smoke cigarettes (with 29% reporting that they smoke daily). This is almost double the prevalence rate reported for the ten provinces. It should be noted that the NTUMS report includes data on Aboriginal tobacco use. The smoking prevalence among Aboriginal residents was over twice that of non-aboriginal residents—60% compared to 25%.

Approximately 22% of men aged 15 years and older were current smokers in 2004. Again, this represents a small decrease from last year's figure of 23%. This is still higher than the rate for women aged 15 years and older, which has declined slightly from 18% in 2003 to 17%. (Figure 2).

In NWT, men are more likely than women to be current smokers—44% compared to 38%.

FIGURE 2: Prevalence of Canadian current smokers, aged 15 years and over, by sex, 1999–2004



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Use Survey (Annual), 1999–2004.

SMOKING PREVALENCE AMONG YOUTH (15-19)

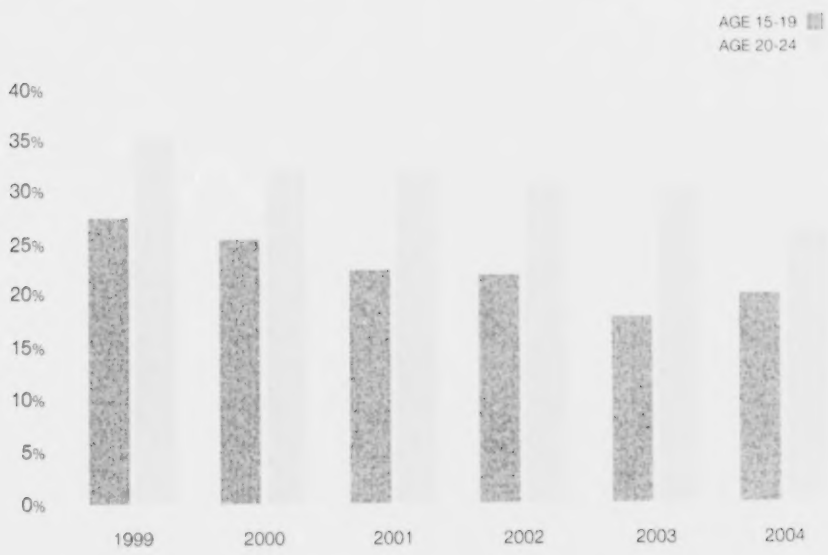
In the early 1980s, more than 40% of youth 15 to 19 years of age were smokers. By the early 1990s, this rate had decreased to just over 20%. Then during the 1990s, the rates increased and peaked at 28% in 1999. Since then, however, they have been decreasing. The 2004 figure remains unchanged since 2003 at 18% with 11% of youth reporting daily smoking and 7% occasional smoking. (Figure 3) Smoking among teenage girls has declined from 20% in 2003 to 18% in 2004. This is the lowest annual smoking rate for teenage girls since monitoring of smoking began in 1965.

According to NTUMS data, 43% of youth in NWT between 15 and 19 years of age currently smoke.

Historically, of all age groups, young adults aged 20 to 24 have had the highest prevalence rates. Although this remains true, there have been decreases from 35% in 1999 to 31% in 2002, and to 28% in 2004. (Figure 3). This is the lowest rate on record since Health Canada first reported prevalence rates for this age group. More men than women in this age group smoke: 30% compared to 25%.

Paralleling this trend, young adults between 20 and 24 years of age in NWT have the highest prevalence rate (53%) of any age group.

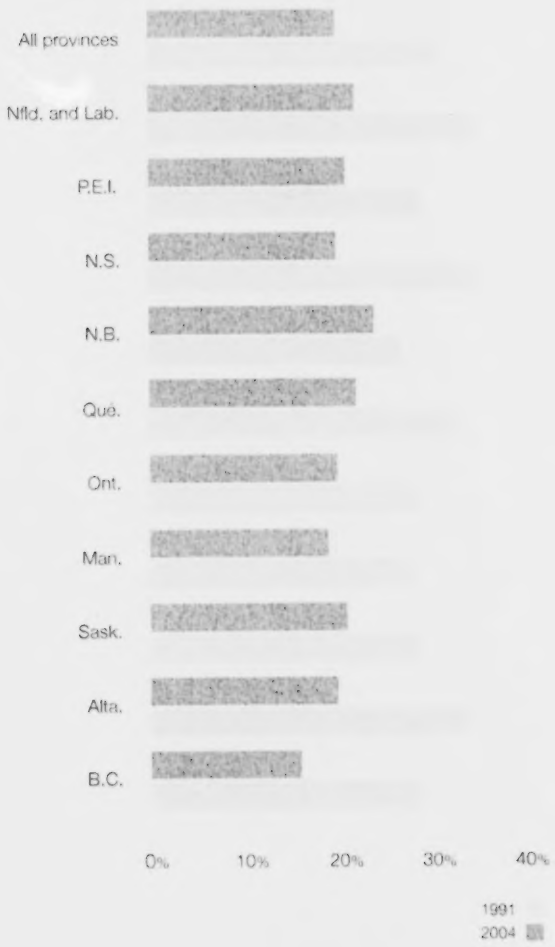
FIGURE 3.1 Prevalence of Canadian current smokers, by youth age group, 1999–2004



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Use Survey (Annual), 1999–2004.

Provincial prevalence rates for smokers 15 years and older continue to decrease. In 1991, five provinces had rates over 30%. By 2000, only one province had a 30% prevalence rate. According to the 2004 CTUMS figures, the highest provincial prevalence rate is 24% (New Brunswick). As encouraging as the decreasing rates, is the lessening of differences between the provinces. While Quebec recorded the largest decrease, from 25% in 2003 to 22% in 2004, and British Columbia continues to show the lowest prevalence rate at 15%, all provinces are now within 4% to 5% of the national average smoking rate. (Figure 4).

FIGURE 4 : Prevalence of Canadian current smokers, by province, 1991 and 2004



Source: General Social Survey, 1991; Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 2004

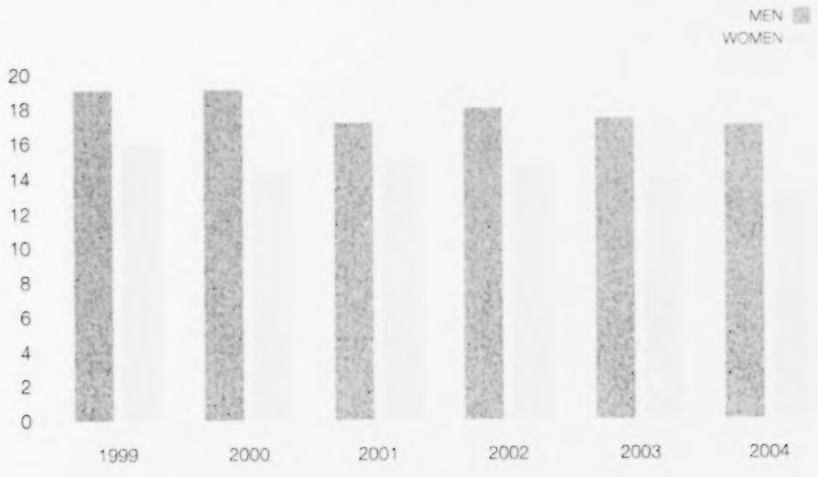
Cigarette consumption in Canada

Tobacco sales data and cigarette consumption data provided by surveys provide different views on consumption, each with its strengths and weaknesses. In surveys, consumption is self-reported. Since smokers inevitably under-report tobacco consumption, consumption numbers tend to be lower than cigarette sales reported for the same time period. The difference between self-reported consumption figures and sales figures has been as much as 30% and may be higher since the social acceptability of tobacco use has declined.

Since 1985, when daily smokers consumed an average of 20.6 cigarettes per day, Canadians have continued to report smoking fewer cigarettes per day. The number of cigarettes smoked per day has gradually but steadily declined to its current level of 15.2 per day as reported for 2004.

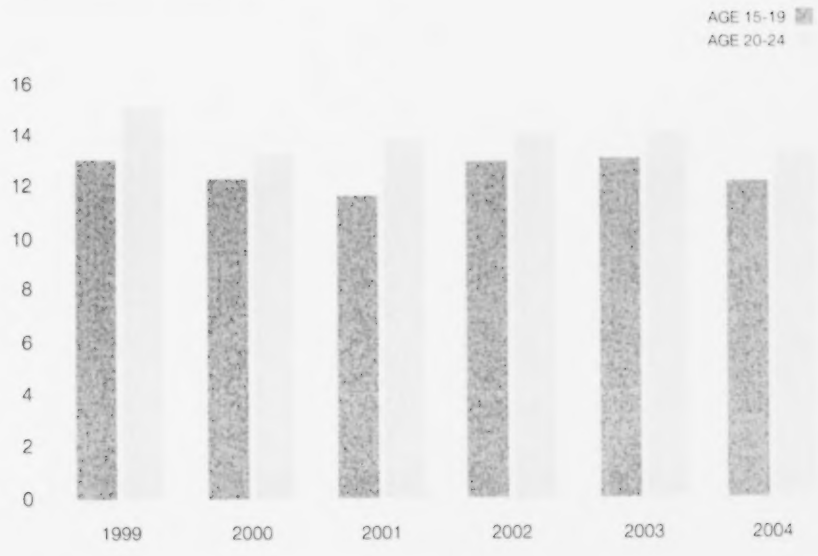
While consumption levels for daily smokers have declined for both men and women over the last twenty years, the decline has been more marked for men than for women, since men historically smoked substantially more cigarettes per day. However, men continue to smoke more than women: 16.4 cigarettes per day for men compared to 13.8 for women (Figure 5).

FIGURE 5 | Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, aged 15 years and over, by sex, 1999–2004*



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual), 1999–2004.

FIGURE 6 | Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, by youth age group, 2004*



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (Annual), 1999–2004.

In NWT, overall, daily smokers smoked an average of 14 cigarettes per day. Men smoked more cigarettes per day than women (15.9 versus 11.8). Non-aboriginal daily smokers smoked more cigarettes per day than aboriginal daily smokers (16.6 versus 12.3).

Among 15 to 19 year olds, cigarette consumption was reported at 11.6 cigarettes daily, with boys and girls showing almost identical consumption rates (11.7 for boys and 11.6 for girls). Until 2004, boys had reported smoking more cigarettes per day than girls. In 2003, the figures were 13.0 for boys and 11.7 for girls.

Among young adults aged 20 to 24, cigarette consumption for both sexes was reported at 12.8 cigarettes daily, with men smoking slightly more cigarettes per day (13.8) than women (11.6) (Figure 6).

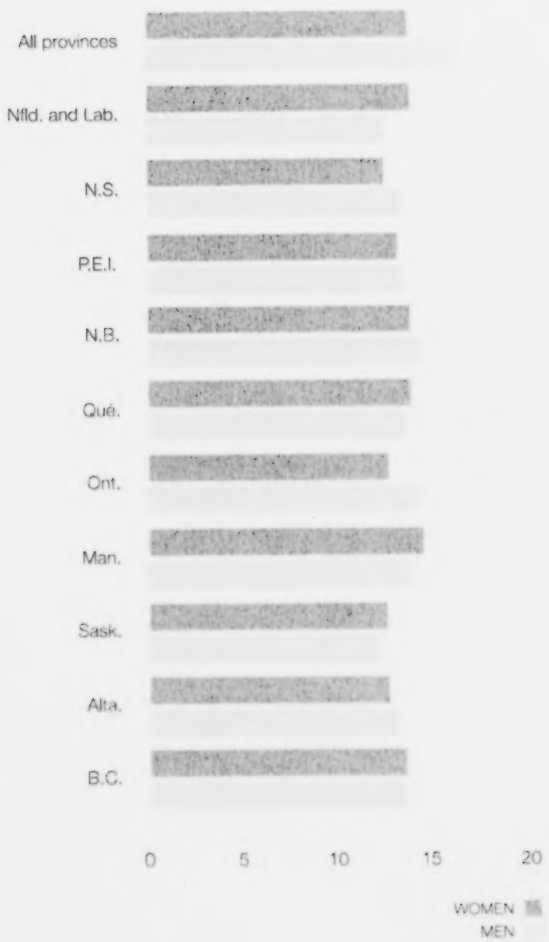
Cigarette consumption across the provinces is becoming more uniform. In 2004, the average number of cigarettes smoked per day by daily smokers ranged from 13.9 in Saskatchewan to 16.7 in New Brunswick. As expected, men reported smoking slightly more cigarettes per day than women with the greatest difference appearing in New Brunswick where men reported an average of 18.5 cigarettes smoked per day to 14.5 for women. For the 15- to 19-year old age group the range was 10.5 cigarettes per day in Saskatchewan to 14.1 in Newfoundland and Labrador. While it is more typical for 20 to 24 year olds to smoke more cigarettes daily than 15 to 19 year olds, in three provinces—Newfoundland and Labrador, Manitoba, and Alberta—they report smoking slightly fewer cigarettes per day. (Figures 7 and 8).

Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 2004

Tobacco industry statistics

Both provincially and federally, the Canadian tobacco industry is subject a number of reporting regulations. For example, in British Columbia the Tobacco Testing and Disclosure Regulation requires test results for the presence of up to 44 chemicals from both mainstream smoke from the puffing end and from sidestream smoke from the burning end. It also requires testing and reporting of two types of puffing: standard and intense.

FIGURE II.1 Average number of cigarettes smoked daily by Canadian daily smokers, aged 15 and over, by sex, by province, 2004



Source: Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, 2004.

Federally, since the Tobacco Reporting Regulations were enacted under the *Tobacco Act*, tobacco manufacturers have been required to report levels of more than 40 different chemical compounds found in mainstream smoke (smoke inhaled by the smoker) and side stream smoke (second-hand smoke inhaled by non-smokers). Six of these chemicals must be reported on tobacco packaging.

Quarterly reports are required on product ingredients and promotional activities, and a semi-annual report is required on emissions. Manufacturers are also required to submit annual reports on sales, research, and information on constituents. Monthly reports on the sales of cigarettes, cigarette tobacco, and tobacco sticks are also required.

Although tobacco can be consumed in a number of ways, cigarettes account for the largest share of tobacco consumption. Although non-cigarette tobacco products, such as pipe tobacco, cigars, cigarillos, and smokeless tobacco account for a marginal portion of tobacco sales, there appears to be a slight increase in their use.

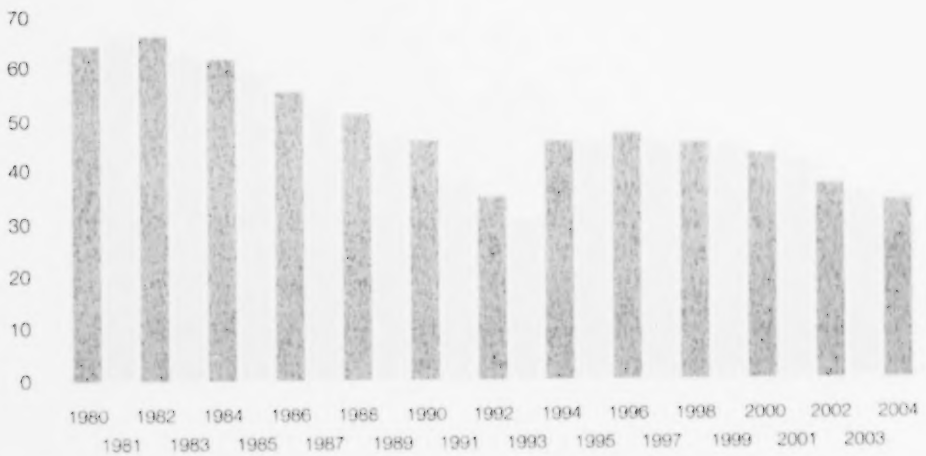
It should be noted that the domestic cigarette sales figures collected under the Tobacco Reporting Regulations are not retail sales figures but sales from the manufacturer to the wholesaler for which excise taxes and duties have been paid.

Cigarette sales figures should not be taken at face value. As can be seen in Figure 9, there was a sharp drop in reported cigarette sales between 1991 and 1993. However, this did not indicate a concomitant drop in cigarette consumption. During this period tobacco taxes were increased substantially. The resulting price increases, rather than contributing to reductions in consumption, triggered cigarette smuggling. In 1994, to alleviate uncontrolled sales, federal taxes were temporarily rolled back. They were then gradually increased over a five-year period, and a uniform federal tobacco tax rate was established countrywide. Since then, there has continued to be a steady decline in the number of cigarettes sold in Canada.

Smuggling and the more recent issue of counterfeit cigarettes continue to be matters of concern and merit further attention.

Taxation measures are coordinated among a number of federal government departments and agencies with coordination, management, and funding provided under the aegis of the Federal Tobacco Control Strategy. The Department of the Solicitor General and the Royal Canadian

FIGURE 9-1 Domestic cigarette sales from the manufacturer to the wholesaler (billions of cigarettes), Canada, 1980–2004[1]



Source: Health Canada, Tobacco Control Programme, Office of Research, Surveillance and Evaluation.

Mounted Police participate in efforts to monitor and assess tobacco contraband activity and related crime. The Department of Justice monitors and collects fines imposed on offenders and enforces tobacco contraband offences. The Canada Revenue Agency is responsible for collecting duties and taxes on tobacco products and for the interdiction of contraband tobacco both inland and at the border. The border includes customs land, marine, and air ports of entry, as well as sufferance and bonded warehouses inland.

Health effects of tobacco use

Smoking is still the number one preventable cause of death and disease in Canada. Each year over 45 000 Canadians die from tobacco-related causes. Some of these people never used tobacco—they were exposed to second-hand smoke. (According to the 2004 CTUMS, 15% of Canadian children from birth through 17 years of age are still regularly exposed to Environmental Tobacco Smoke.) While the emotional and social impact on the families involved cannot be measured, the economic cost to our health care system can be estimated, and it is significant.

Over the years, there have been discussions about the calculation of smoking-related mortality rates. However, even if different methods of calculation are used, the bottom line is that a substantial number of preventable deaths occur every year.

MORTALITY ATTRIBUTABLE TO SMOKING

Our most recent data indicate that in 1998, 47 581 Canadians died as a result of both active and passive smoking. Of these, 30 230 were men, 17 351 were women, and 96 were children under the age of one. (Table 1) One type of mortality that is not included in these numbers is death from fires started by smoking. While these deaths may be few each year, they too are preventable.

Some health consequences are not sex specific, that is, they affect both men and women. These include lung and other cancers, cardiovascular disease, stroke, chronic bronchitis and emphysema, for example. Some health consequences, however, are sex specific. Men who smoke are at risk for erectile dysfunction and reduced fertility, while women are at risk for increased cardiovascular disease while using oral contraceptives, reduced fertility, cervical cancer, early menopause, and bone fractures. Moreover, smoking during pregnancy can result in premature birth, malformation of the fetus, low birth-weight, and stillbirth.

TABLE 1 – Smoking attributable mortality (SAM), by disease category, by sex, Canada, 1998*

DISEASE CATEGORY	ICD-9	MALE	FEMALE	TOTAL
ADULT DISEASES (35+ YRS OF AGE)		29 563	16 676	46 378
Cancers		12 052	6 295	18 347
Lip, oral cavity, pharynx	140–149	610	207	817
Esophagus	150	761	244	1 005
Pancreas	157	415	540	955
Larynx	161	320	62	382
Trachea, lung, bronchus	162	9 067	4 884	13 951

DISEASE CATEGORY	ICD-9	MALE	FEMALE	TOTAL
ADULT DISEASES (35+ YRS OF AGE)				
Cervix uteri	180	—	136	136
Urinary bladder	188	467	161	628
Kidney, other urinary	189	413	62	475
Cardiovascular diseases		11 305	6 109	17 413
Rheumatic heart disease	390–398	41	55	96
Hypertension	401–405	145	153	298
Ischemic heart disease (IHD)	410–414			
Ages 35–64		2 171	489	2 660
Ages 65+		4 007	2 622	6 629
Pulmonary heart disease	415–417	120	80	200
Other heart disease	420–429	1 645	1 133	2 779
Cerebrovascular disease	430–438		•	
Ages 35–64		361	327	687
Ages 65+		1 310	455	1 765
Atherosclerosis	440	356	274	630
Aortic aneurysm	441	794	281	1 075
Other arterial disease	442–448	354	240	595
Respiratory diseases		6 206	4 411	10 618
Respiratory tuberculosis	010–012	20	6	26
Pneumonia/Influenza	480–487	1 418	1 364	2 782
Bronchitis/emphysema	491–492	751	473	1 224
Asthma	493	55	75	130
Chronic airways obstruction	496	3 963	2 494	6 457
PEDIATRIC SAM		612	495	1 107
Lung cancer pediatric SAM		218	143	361
Ischemic heart disease pediatric SAM		394	352	746
PEDIATRIC DISEASES (<1 YEAR OF AGE)		55	41	96
Low birth weight	765	17	15	31
Respiratory distress syndrome	769	8	6	14
Respiratory conditions—newborn	770	11	9	21
Sudden infant death syndrome	798.0	19	11	30
TOTAL		**30 230**	**17 351**	**47 581**
SAM as percentage of deaths from all causes*		27	17	21
Male-to-female SAM ratio				1.7

ICD-9 = International Classification of Diseases, 9th Revision, World Health Organization, Geneva.

Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and Its Regions, 1998. *Canadian Journal of Public Health*, Volume 95, No. 1, 2004.

The number of smoking-related deaths in Canada increased between 1989 and 1998, with a steep increase among women. During this period, smoking-related deaths rose from 38 357 to 47 581, which represents an increase of 9224. Women accounted for 6531 of those deaths. (Figure 10)

This difference between men and women in smoking-related deaths reflects the smoking behaviour of our population two to three decades earlier. Beginning in the mid-1960s, tobacco consumption decreased among men and this change was reflected by a levelling off in the mid-1980s and then a steady decrease in male lung cancer rates. Between 1989 and 1998, lung cancer was the leading cause of smoking-related deaths, whereas cardiovascular disease is now the leading cause of smoking-related death. Among Canadian women, smoking consumption peaked in the late 1970s and has been decreasing gradually over the past thirty years. Female lung cancer mortality rates more than quadrupled between 1969 and 1998, and can be expected to rise for the next few years before decreasing.

Because of the significant decline in smoking prevalence and consumption over the past 40 years, the rate of smoking-related deaths will begin to decline. The implementation of a broad range of tobacco control measures, from regulation to education, over the past thirty years, has made it possible for us to look forward to a decline in the number of smoking-related deaths.

The National Strategy is based on a population health framework. A population health framework takes into consideration a wide range of health determinants that influence smoking trends. We now recognize that these health determinants interact in complex ways to affect an individual's health. The determinants of health can include income and social status, gender, education, ethnic origin, as well as biological and genetic traits.

Source: Macnicol-Wilkins J.M., Gauvreau M.E. Mortality Attributable to Tobacco and its Hazards, 1998. *Canadian Journal of Public Health*, Volume 95, No. 1, 2004.

The number of smoking-related deaths in Canada increased between 1989 and 1998, with a steep increase among women. During this period, smoking-related deaths rose from 38 357 to 47 581, which represents an increase of 9224. Women accounted for 6531 of those deaths. (Figure 10).

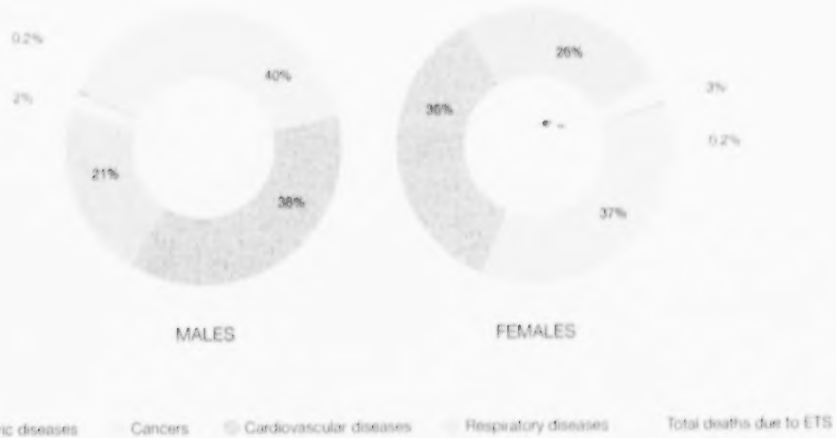
This difference between men and women in smoking-related deaths reflects the smoking behaviour of our population two to three decades earlier. Beginning in the mid-1960s, tobacco consumption decreased among men and this change was reflected by a levelling off in the mid-1980s and then a steady decrease in male lung cancer rates. Between 1989 and 1998, lung cancer was the leading cause of smoking-related deaths, whereas cardiovascular disease is now the leading cause of smoking-related death. Among Canadian women, smoking consumption peaked in the late 1970s and has been decreasing gradually over the past thirty years. Female lung cancer mortality rates more than quadrupled between 1969 and 1998, and can be expected to rise for the next few years before decreasing.

Because of the significant decline in smoking prevalence and consumption over the past 40 years, the rate of smoking-related deaths will begin to decline. The implementation of a broad range of tobacco control measures, from regulation to education, over the past thirty years, has made it possible for us to look forward to a decline in the number of smoking-related deaths.

Tobacco use, health determinants, and health disparities

The National Strategy is based on a population health framework. A population health framework takes into consideration a wide range of health determinants that influence smoking trends. We now recognize that these health determinants interact in complex ways to affect an individual's health. The determinants of health can include income and social status, gender, education, ethnic origin, as well as biological and genetic traits.

FIGURE 10.1: Proportion and number of deaths attributable to smoking in Canada, by sex, 1998



Source: Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco use in Canada and its Regions, 1998. *Canadian Journal of Public Health*. Volume 95, No. 1, 2004.

Canadians are among the healthiest people in the world, but some groups of Canadians are not as healthy as others. Major health disparities exist throughout the country. These health disparities are not randomly distributed, rather they are differentially distributed between specific populations (for example, Aboriginal peoples), by gender, by educational attainment and income, and by other markers of disadvantage or inequalities of opportunity.

The most important consequences of health disparities are avoidable death, disease, and disability. The consequences of health disparities affect Canadian society as a whole and are inconsistent with Canadian values.

Health disparities are apparent in patterns of tobacco use. For example, according to the 2003 CTUMS data, as a percentage of overall smokers in Canada, among the lowest income groups 33.7 percent of women and 44.5 percent of men are current smokers; in the highest income groups, 21.2 percent of women and 22.1 percent of men are current smokers. The 2004 CTUMS data show that of current smokers 43% have less than or have completed secondary school, while 35% have completed college or university.

When investigating health disparities between men and women, health experts now recognize a distinction between gender and sex. Sex refers strictly to the biological and physiological characteristics that define men and women. Gender refers to the socially constructed roles, behaviours, activities, and attributes that society considers appropriate for women and men. People typically learn these roles and behaviours as they grow up and learn to identify them as either "feminine" or "masculine."

In 2004, Health Canada commissioned a review of current research literature on gender and tobacco use. *Gender and Tobacco Use: An Annotated Bibliography* culled research published between 2000 and 2005 from select high-income countries such as Australia, Canada, the European Union, New Zealand, and the United States. In total, 65 publications were included in the annotated bibliography.

While most researchers are cautious about their results, it seems more and more likely that women and men begin smoking for different reasons. There is also evidence to suggest that they quit for different reasons, and that cessation strategies need to be tailored to gender, as well as to age.

Biopsychosocial factors appear to be strong motivators for women and teenage girls to begin and continue smoking. In fact, a number of studies have noted that the most common predictor for smoking among female youth are weight concerns, especially the "drive for thinness."

Smoking as a way of reinforcing social image, bonding with peers, and controlling moods, seems to be more important to teenage girls than to teenage boys. Researchers also suggest that girls have fewer social resources to build positive self-images than boys have.

The tobacco industry has certainly capitalized on its knowledge of what motivates young people to take up smoking. It has portrayed smoking as emblematic of independence, glamour, and equality, advertising heavily in female-oriented magazines. It has also created brand images to exploit niche markets. For example, in addition to creating and promoting certain "light" brands as glamorous and sophisticated to appeal to teenage girls, it has also promoted other brands as exciting and adventuresome to appeal to young, working class men and women.

Some studies show lower quitting rates among women. We already know that one size doesn't fit all when it comes to cessation programs. What works for adults does not work for youth. In addition, it may be that cessation interventions should take greater account of the variations in women's life stresses, such as pregnancy, sole parenting, and menopause.

Both cessation and prevention interventions may need to address the biopsychosocial factors previously mentioned, as well as issues of self-esteem. While the research to date is indicative of possible changes to tobacco control strategies and techniques, further research and analysis is needed. There is a need, particularly in contexts where an explicit commitment to reducing health disparities exists, for clear and practical evidence-based guidance on how to adequately incorporate gender into policies and programs.

MOVING TOWARD A SMOKE-FREE SOCIETY

In 1999, Canada issued a revised tobacco control strategy, *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy*. The revised strategy retained three long-standing tobacco control goals: prevention—keeping youth from smoking uptake; cessation—helping smokers quit; and protection—ensuring smoke-free environments. To these it added a fourth goal: denormalization—educating Canadians about the tobacco industry's marketing strategies and tactics, and about the health impacts of tobacco use.

Prevention

While there are a growing number of quitters in Canada, if we cannot convince young people to never start, the market for tobacco products will continue to renew itself.

While many avenues are pursued to achieve this goal, restricting sales of tobacco products to youth is crucial. Federally and in all provinces there are age limits for selling tobacco to discourage smoking among youth.

TABLE 2 : Retailer compliance monitoring, by province and territory, January–December 2004

	COMPLIANCE CHECKS[1]
Nfld. and Lab.	1 198
P.E.I.	584
N.S.	1 310
N.B.	1 967
Que.[a]	4 045
Ont.	5 408
Man.	824
Sask.	1 383
Alta.	1 812
B.C.	14 123[b]
Yu.	83
N.W.T.	60
Nun.	0
TOTAL	**30 367**

Source: Health Canada, Tobacco Control Programme, Office of Regulations and Compliance.

Compliance is verified and enforced through inspections and compliance checks. With an estimated 65 000 tobacco points-of-sale in Canada (including the territories), ensuring compliance is a major effort. In 2004 over 30 000 compliance checks were performed. (Table 2). The collection of compliance information varies by province and territory, some is collected by federal inspectors and some by provincial inspectors. In addition, some provinces make more than one visit per retailer, and some visits are educational rather than actual compliance checks.

In Nunavut, compliance efforts have begun with signs that must be displayed wherever tobacco is sold. These have been created to help retailers comply with regulations. In addition, a Tobacco Toolkit in English, French, Inuktitut, and Inuinnaqtun has been sent to every tobacco retailer.

Cessation

Quitting is a formidable task—tobacco is highly addictive. However, over the past two decades we have learned a great deal about the medical, psychological, and social aspects of tobacco use.

Among the more recent cessation tools, web-based programs and quitlines are providing information, motivation, and support to smokers throughout Canada. All provinces and Yukon now have toll-free quitlines, and all are part of a national network of quitlines.

Cessation interventions are becoming increasingly varied as we learn to tailor them to the needs of specific groups, whether that be youth, pregnant women, or users of spit tobacco. More cessation material is being translated, not just into Canada's two official languages, but into languages as diverse as Farsi, Punjabi, Chinese, Vietnamese, and Spanish.

Protection

Fifty years of research has established that cigarette smoke contains more than 4000 chemicals, including carbon monoxide, formaldehyde, benzene, and hydrogen cyanide. This health-destroying combination affects not just smokers, but everyone near them. The health of non-smokers exposed to cigarette smoke is just as compromised as that of smokers. Last year, over 1000 non-smoking Canadians died from causes attributable to tobacco.

While most provinces and territories, and more than 300 Canadian municipalities and regional governments now have some form of non-smoking legislation or bylaw, there are still gaps in protection. Most of these affect the more than 3 million Canadian workers who work in restaurants and bars. This past year, New Brunswick provided protection from second-hand smoke in indoor work places by introducing its *Smoke-free Places Act*. Saskatchewan amended its *Tobacco Control Act* to require that enclosed public places be smoke-free and to provide municipalities with jurisdiction to enact bylaws to restrict smoking in outdoor places such as open air sports grounds and entrances to public places.

Compliance with smoke-free legislation is regulated in a variety of ways depending on the jurisdiction and may involve coordinated activities. For example, in New Brunswick the *Smoke-free Places Act* is jointly enforced by Public Health Inspectors, Liquor License Inspectors, and Occupational Health Inspectors. Between October 2004 and March 2005, they handled 156 reported violations: 56, 75, and 25, respectively.

Through the efforts of individuals such as Heather Crowe, the risks of second-hand smoke are now more widely known and acknowledged. Although Heather Crowe never smoked, she spent all her working years breathing second-hand smoke in the restaurant where she worked. At 57, she developed lung cancer. Her story is far more compelling than any statistics could be.

Denormalization

Denormalization requires a multi-pronged approach. First, information on the hazardous and addictive nature of tobacco use clearly categorizes smoking as thoroughly undesirable. Second, individuals, particularly adolescents, are encouraged to view tobacco use as socially unacceptable. And finally, Canadians are being educated about the tobacco industry's marketing strategies and tactics. Even very young children need to understand marketing techniques so that they will not be as susceptible to the spurious links made by advertising between smoking and popularity, attractiveness, and rebellion against conformity.

The 1997 *Tobacco Act* comprehensively restricted all tobacco product promotion, including a ban on lifestyle advertising and sponsorship promotions. It is prohibited to offer free tobacco products, and sales promotions are restricted. Six provinces now have legislation that contains restrictions against various forms of advertising, display, or promotion of tobacco products.

PROGRESS IN STRATEGIC DIRECTIONS

The National Strategy's goals—prevention, cessation, protection, and denormalization—are interconnected, so that many tobacco control initiatives have overlapping impacts even when they are designed to address a single goal. For example, legislation that establishes smoke-free environments protects people from the effects of second-hand smoke and supports those who are trying to quit. It also encourages denormalization. For example, legal action in British Columbia has for many years drawn the public's attention to the health hazards associated with tobacco use and how the industry has strategically worked to deceive them. British Columbia's efforts encourage other provinces to pursue cost recovery litigation. This can result in a coordinated and unified approach that reduces duplication. Because of these overlapping impacts, it is easier to group initiatives by strategic direction.

The five strategic directions are

- policy and legislation;
- public education;
- industry accountability and product control;
- research, evaluation, and monitoring; and
- building and supporting capacity for action.

The growth and development of tobacco control initiatives over the past five years makes it impossible to present more than a small sample of them to illustrate the types of efforts being made.

Policy and legislation

Canada is internationally recognized for its success in legislating the tobacco industry. At all levels—federal, provincial, territorial, and municipal—successful tobacco control legislation has been passed and implemented. Each year, legislation is added or refined. Developing policies and strategies also play a critical role in tobacco control.

At the time of the first *Moving Forward* in 2001, Canada was taking part in efforts led by the World Health Organization to develop an international convention on tobacco control. Canada was among the first 40 countries to successfully ratify the Framework Convention on Tobacco Control, the first global public health treaty. It went into force on February 27, 2005.

ENACTING AND AMENDING LEGISLATION

In June 2004, **New Brunswick** introduced the *Smoke-free Places Act*, which came into force on October 1, 2004. Smoking will no longer be permitted on school grounds, in retail stores, community halls, conference centres, sports arenas, educational buildings, bingo halls, bars, restaurants, and all indoor workplaces. The Act does not allow designated smoking rooms in any public or work places other than residential facilities (e.g., nursing homes, special care homes) or in tourist accommodation rooms designated for smoking.

On December 6, 2004, the **Newfoundland and Labrador** government announced a smoking ban in bars, clubs and bingo halls would become a reality following province-wide consultations. The consultations, held from February 2 to 25, 2005 assisted government in determining target dates for implementation and allowed individuals and organizations to offer their perspective and provide input on the best approach to achieve government's goal. The new Smoke Free Environment Act, 2005, banning smoking in bars and bingo halls, should take effect July 1, 2005.

In 1998, **Quebec's** *Tobacco Act* came into force with a requirement that the Minister of Health and Social Services report to the government by October 2005. In preparation for presenting measures to strengthen the Act, a public consultation was held between January 11 and February 25, 2005.

Effective October 1, 2004, **Manitoba** introduced a province-wide smoking ban in those enclosed public and indoor work places where the government has clear jurisdiction.

Saskatchewan amended its *Tobacco Control Act* in June 2004. It now includes provisions that require enclosed public places to be smoke-free as of January 1, 2005, and provisions that provide municipalities with jurisdiction to enact smoke-free bylaws in outdoor places such as open-air sports grounds and entrances to public places. The Act and its Regulations also prohibit the provision of cigarettes to anyone under the age of 18 and ban the display and promotion of tobacco products in places where youth have access and where tobacco is sold. They also specify fines and suspensions for retailers and employees who sell tobacco products to individuals under 18 and for individuals and proprietors who smoke or allow smoking in enclosed public places.

In **Alberta**, the *Prevention of Youth Tobacco Use Amendment Act* and Regulation was proclaimed in September 2004. It prohibits the possession or use of tobacco in a public place by youth under the age of 18. It exempts Aboriginal youth who are using tobacco as part of a traditional ceremony, youth test shoppers checking retailer compliance, and youth selling tobacco as part of a job.

New tobacco control legislation was introduced in the **Ontario** legislature in December 2004. The *Smoke-Free Ontario Act* is intended to prohibit smoking in enclosed public and work places beginning in May 2006.

In 2004, public hearings were held across **Prince Edward Island** to solicit input from Islanders about retail sales of tobacco products. Many private citizens and organizations made presentations to the Standing Committee on Social Development, which then proposed amendments to strengthen the *Tobacco Sales to Minors Act* and to prohibit tobacco sales in designated places. The amended legislation received Royal Assent on December 16, 2004. To reflect the more encompassing nature of the amended legislation, the Act will be renamed the *Tobacco Sales and Access Act*.

On March 30, 2005, **Newfoundland and Labrador** increased tobacco taxes by $2.00 per carton of 200 cigarettes and by $5.00 per 200 roll-your-own cigarettes (100g). This is an initial step toward closing a loophole that allows roll-your-own cigarettes to be taxed at a lower rate than cigarettes.

Since November 2003, **Ontario** has increased tobacco taxes three times, for a total increase of $6.25 per carton. This moves Ontario's tobacco taxes closer to the national average.

Newfoundland and Labrador has renewed its Tobacco Reduction Strategy and set priorities for 2005 through 2008. The Strategy, lead by the Alliance for the Control of Tobacco, in partnership with the Department of Health and Community Services and other key partners, will develop and implement strategies to decrease smoking rates among youth and young adults, to reduce exposure to second-hand smoke, and to develop a coordinated approach to cessation.

In January 2005, **Nova Scotia** released its first Tobacco Control Strategy Progress Report. The report summarized progress in implementing all seven elements of the province's Tobacco Control Strategy between October 2001 and March 2004. During this time action had been taken on all elements of the Strategy, and smoking rates among youth and adults had declined.

On May 31, 2005, **Ontario** announced $50 million for fiscal year 2005–2006 for an enhanced and comprehensive tobacco control strategy—the Smoke-Free Ontario Strategy. This is the largest tobacco control investment in the province's history.

In **Alberta**, the Aboriginal Tobacco Use Strategy was implemented to address tobacco use among off-reserve Aboriginal people. Over the 2004–2005 fiscal year, 16 tobacco reduction grants were awarded to Aboriginal community groups off reserve for prevention, reduction, cessation, and protection activities. A variety of resources were developed within this Strategy, including the video *The Sacred Use of Tobacco*, produced by an Elder on the Guiding Circle. This video is now available to Aboriginal groups.

In **Nova Scotia**, the Capital Health District Health Authority established a 100%-tobacco-free policy for its mental health facilities. In January 2005, smoking rooms in its mental health facilities were closed, and tobacco products are no longer permitted in the units. This policy was developed and implemented by a committee of mental health professionals with assistance from Addiction Prevention and Treatment Services. They considered many key factors in patient care and comfort, and developed withdrawal management protocols and set up tobacco intervention support groups. Staff received training, families were provided open forums, and patients were given increased recreation opportunities, equipment, and events. Nicotine replacement therapies are also available.

On January 19, 2005, the Supreme Court of Canada ruled in **Saskatchewan's** favour and concluded that there is no conflict between the provincial *Tobacco Control Act* and the federal *Tobacco Act*. This ruling upheld section 6 of Saskatchewan's legislation and allowed for the display of tobacco and tobacco related products to be banned in those establishments accessible to youth.

In May 2004, the **British Columbia** Court of Appeal unanimously upheld the province's right to sue the tobacco industry and concluded that the *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* is constitutional.

The intent of this strategic direction is to ensure that Canadians have access to information about tobacco and services that foster prevention, cessation, protection, and denormalization.

We are beginning to provide information and services, not only in Canada's two official languages, but in the mother tongues of our diverse population.

In Manitoba, **Health Canada** funded a bilingual health resource centre that produced a French-language DVD/video using performers doing stand-up comedy. The performers are all ex-smokers who tell about their experiences in becoming non-smokers.

In **British Columbia**, QuitNow by Phone, a partnership with the British Columbia Lung Association and Clinidata Corporation, is now open seven days a week, 24 hours a day so that callers can seek help when they need it most. Callers can also access the service in their language of choice through a translation service that provides translation in over 130 languages. Callers to QuitNow by Phone have access to specially trained registered nurses who counsel callers based on a stepped care protocol designed by Dr. Paul McDonald from Waterloo University.

In the British Columbia/Yukon region, **Health Canada** funded the translation of a brochure on quitting smoking into six languages: Farsi, Punjabi, French, Chinese, Vietnamese, and Spanish.

Between 2003 and 2004, the **Canadian Cancer Society–New Brunswick Division** and the **New Brunswick Anti-Tobacco Coalition** launched the "Yes I Do Mind" bilingual media campaign to encourage non-smokers to "Speak Up" for 100% smoke-free spaces legislation. The initiative's toll-free line and website received over 36 000 responses. When the *Smoke-free Places Act* went into effect in October 2004, two bilingual media campaigns were launched: "Your Favourite Places are Getting Even Better"—to support local hospitality businesses—followed by the "Enjoy Smoke Free NB" campaign.

Nunavut launched a radio media campaign on harm reduction, awareness, and cessation methods. Each PSA had two women throat singers chanting "quit smoking" in the background, which put tobacco reduction in a culturally familiar framework for Nunavummiut.

Programs are becoming more sophisticated as they address the particular needs of very specific groups. As mentioned in the section on gender, sex, and tobacco use, pregnancy is a life stress that places certain demands on women. Services are being developed that are tailored to women's needs during pregnancy.

In **Nunavut**, special "quit kits" were prepared for pregnant women that include information about the effects of tobacco use on themselves and their babies, tips on quitting, and where to turn for help, along with useful items such as a water bottle, toothbrush, toothpaste, and baby bibs.

The Cessation in Pregnancy Advisory Committee in **Alberta** helped develop several resources, including the Small Steps Matter self-help booklet for pregnant women who smoke, the video "A Time to Quit" and discussion guide, and a Continuing Medical Education course on tobacco reduction through the College of Family Physicians of Canada.

A partnership between **Health Canada**, the **University of British Columbia**, the **B.C. Centre for Excellence for Women's Health, Dalhousie University**, and **British Columbia** is responsible for *Expecting to Quit*, which examines the effectiveness of strategies for smoking cessation both during pregnancy and into the postpartum period.

Cigarettes are not the only route to tobacco addiction. Boys playing on sports teams are at high risk of using spit tobacco and need deterrents to its use.

The **Alberta** Spit Tobacco Education Program (ASTEP) provided funding to seven offices to carry out community initiatives to reduce the use of spit tobacco. The funding produced resources with spit tobacco messaging and supported local spit tobacco reduction activities with sports teams, whose members are at high risk of using spit tobacco. Members of the Alberta Dental Hygienists Association received a self-study guide about the harms associated with spit tobacco. The guide also suggests ways to teach their patients about spit tobacco harm.

Prince Edward Island launched its first Quit and Win–Don't Start and Win Campaign with 2905 Islanders registered to stay smoke free for the month of May 2004. Of these, 329 pledged to quit, which is 1.4% of P.E.I. smokers. A campaign highlight was the teen response: 10% of P.E.I.'s teen smokers entered Quit and Win. Evaluation results showed that over 70% of participants were able to quit for the campaign month, with over 30% still smoke free at the three-month follow-up. The contest used P.E.I.'s toll-free quit smoking line as the point of contact, which tripled the calls to the Smokers' Helpline that month.

Quebec's 2005 Quit and Win (J'arrête, j'y gagne) campaign attracted 32 015 participants.

In Fall 2004, the **Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco** implemented the "Let's Shut the Last Door on Second-Hand Smoke" mass media campaign. The campaign asked the entire population of Newfoundland and Labrador to "speak up" in support for 100% smoking bans in all indoor public places and workplaces, in particular in bars and bingo halls. Over 10 000 posters were distributed through doctors and nurses, and schools, hospitals, unions, and other organizations. The website registered 24 000 votes for a complete ban on smoking in all public places and workplaces. More than 2500 people called the toll-free number to voice their support. Most significantly, in December, when it announced that it would move forward with a smoking ban in all indoor public places and workplaces, the government quoted the campaign's slogan.

Nova Scotia launched "Smoke Free Around Me" to spread the word about the dangers of second-hand smoke in homes. It was augmented by a brochure and a Smoke-free Home window cling that was mailed to every household in the province. This campaign was originally developed by Public Health Services in Guysborough Antigonish Strait and the Cape Breton District Health Authorities. The evaluation was so positive that it was expanded to cover the entire province.

The **Alberta** Tobacco Reduction Strategy includes an ongoing public awareness campaign, which develops public awareness messages for mass media delivery. According to preliminary evaluations by IPSO Reid, over the past three years it has been very successful, far exceeding the usual recall for health messaging.

The **Heart & Stroke Foundation of BC/Yukon** is the force behind: "Drifting Tobacco Smoke in Multi-Family Dwellings: A Project for Raising Awareness and Disseminating Information on Protecting People from Exposure to Second-Hand Smoke in the Home." This project raises awareness about unwanted second-hand smoke drifting into private residences from neighbouring units in multi-family dwellings. Information is distributed to communities on what can be done to minimize or eliminate drifting smoke.

BLAST—Building Leaders for Action in Schools Today—and similar programs for youth have discovered the attraction of camps, conferences, and weekends away. Teens learn, bond, and have fun while they grow in their commitment to stay smoke free.

For students in grades 7 through 9, **Northwest Territories** held its third BLAST Conference. The two-day conference offers tobacco education as well as leadership and planning skills. Students return to their communities to help educate their peers and reduce tobacco use. This youth leadership model has resulted in a variety of youth projects including three weekend tobacco conferences hosted by schools.

Nunavut's youth group, MYATT, (Minister's Youth Action Team on Tobacco) held its annual workshop. Members were trained in minimal contact intervention techniques to use in their communities in everyday situations with friends and family.

In **Alberta**, BLAST camps were held in four locations with a total of 270 students participating. Students learned about tobacco reduction, team building, leadership, personal empowerment, and advocacy. Thirty-four projects were funded.

The **Saskatchewan** Youth Conference was held in November 2004 in a rural setting and attracted 79 grade 6 through 9 youth and adults. Several youth travelled as much as 13 hours from northern reserves to attend. Participants were offered sessions on smoke-free school zones, the negative health effects of tobacco, leadership, and self esteem.

In a rural camp setting, 59 youth from grades 9 through 12 participated in the **Manitoba** Youth Conference in November 2004. During the weekend, they participated in sessions that covered information about the tobacco industry, the negative health effects of tobacco, Manitoba's tobacco control legislation, and positive self images. There were sessions available in French as well.

Young Spirits: Proud to be Tobacco Free is a three-year anti-tobacco initiative with funding from **Health Canada**. The two components are a school-based element for grades 5 through 9 students encouraging them to develop and implement an anti-tobacco project, and a Saskatchewan-wide radio advertising campaign, with production assistance from Missinipi Broadcasting Corporation. This year's radio campaign ran from mid-January to the end of March 2005. This is the last year of the initiative.

The **Medical Society of P.E.I.**, a member of the P.E.I. Tobacco Reduction Alliance, completed a very successful education initiative, Staying Smoke Free. Physicians deliver a tobacco prevention presentation to every grade 6 class in the province. A brochure and two videos accompany the presentations, one for students and one for their parents. In the videos, local teens, including members of the SWITCH prevention clubs, speak directly to youth and parents.

On January 28, 2005, in Montréal, **Quebec**, 500 high school students attended "Etre allumé," a multidisciplinary presentation showcasing ten Quebec artists. Musique Plus broadcast a one-hour version three times, and the show was carried on the Internet through the website of Les Gangs allumées. Les Gangs allumées are youth throughout Quebec who organize tobacco control projects—around 300 projects a year.

Targeted to 12 to 15 year olds, **Ontario's** "stupid.ca" website has received more than 500 000 unique visits. This website is part of a multi-media youth prevention campaign that includes television and magazine ads. In addition to winning several national and international awards for advertising and website design, 84% of the 12 to 15 year olds surveyed said that stupid.ca was highly effective at delivering key messages about youth smoking prevention and the dangers of smoking. Recall was strong with 51% spontaneously recalling stupid.ca at the end of the ad campaign.

Between September and December 2004, **Manitoba** offered its Review & Rate Program in 800 schools. Over 31 000 students from grades 6 through 12 viewed 12 anti-tobacco TV ads and voted for the one they thought the most effective. The top scoring ad, with over 8009 votes, was run by Manitoba TV stations during March 2005.

The **Northwest Territories' "Don't be a Butthead, Be Smokefree"** campaign was a major tobacco control activity in 2004 and 2005. A humorous character, "Butthead," spreads a serious message to youth between 8 and 14 years old. The focus is on motivating children who do not smoke to stay smoke free for life. A key objective was to obtain 500 youth commitments to stay smoke free—over 2200 youth responded with written commitments. The campaign was augmented by a website, a teacher's kit, a video, and an interactive display. Another campaign component targeted parents through newspaper, radio, and television advertising.

In **Quebec**, 34 000 high school students "rocked out" during 92 performances of "In Vivo," a rock theatrical created to spread the word about the effects of tobacco use.

In 2002, the **New Brunswick** Department of Health and Wellness, supported by the Department of Education initiated a grant-to-schools program to help reduce tobacco use by students, and to help schools become 100% tobacco free as required by legislation effective October 2004. Over the three-year grant period, 97% of high schools have accessed funding—about $250,000 in all. Because research indicates that student involvement is important in influencing health choices and behaviour, a key criteria for eligibility is a comprehensive school health approach—active student and student group participation. Schools have developed innovative and creative approaches often involving various classes, as well as joint student–teacher–parent activities. These initiatives have been so successful that the grant program has been extended.

Building and supporting capacity for action

The Smoke Screening program is a joint initiative of **Northwest Territories**, **Yukon**, and **Nunavut**. First conducted in 2003, it was so popular that it was repeated in 2004–2005. The program has had an enthusiastic response again this year with 3924 student ballots returned and 78 out of 98 schools from all three territories participating. Students in grades 6 through 12 viewed 12 of the best tobacco education TV ads from around the world and voted for the one they felt is most effective. This process generates good classroom discussion on a variety of issues related to tobacco use and has received very positive feedback from teachers.

To mobilize six groups of health professionals in **Quebec**, the government has, through the Institut national de santé publique du Québec, allocated $60,000 per profession to develop appropriate cessation training and tools. The health professionals include doctors, dentists, pharmacists, nurses, dental hygienists, and inhalation therapists.

The **Saskatchewan Coalition for Tobacco Reduction** initiated a tobacco-free school zones project that focuses on a comprehensive approach to controlling tobacco use by youth through policy development, support for cessation and smoke-free spaces, and increased awareness of the tobacco industry's activities. Saskatchewan Health provided funding for a conference in 2004 to bring youth together and prepare them to undertake this work in their schools.

In August 2004, the **Newfoundland and Labrador** Department of Health and Community Services collaborated with the Department of Education to complete the *Smoke-free Spaces Activist Toolkit* CD-ROM pilot project. The outcomes of this school-based project demonstrated that youth took a leadership role in implementing action plans that developed partnerships, created awareness, and affected positive change in their schools and communities. While increasing general awareness about the dangers of second-hand smoke was prominent, there were also activities related to changing policy. This project enabled students and adults to build capacity at the local level around the issue of second-hand smoke. They demonstrated that with a combination of enthusiasm, vision, and leadership, youth and adults working together could make a difference.

In **Ontario**, Cancer Care Ontario used its Aboriginal Tobacco Strategy to mobilize and engage Aboriginal communities in culturally-appropriate tobacco control strategies to promote tobacco-wise communities. Expanded funding allowed four additional communities to work on pilot projects in prevention, policy development, public education, and cessation.

The **New Brunswick Advisory Council on Youth** and the **New Brunswick Anti-Tobacco Coalition** have joined forces to establish a network of youth (ages 15 to 24) province-wide to help with tobacco control efforts. The official launch of the Youth Against Tobacco Network took place at the New Brunswick Student Leadership Conference in November 2004. Over 100 enthusiastic youth took part by brainstorming tobacco use issues and solutions. Participants were challenged to initiate tobacco awareness projects to their schools and communities.

Partners for Rural Family Support sponsor Youth Empowerment Strategies (YES) in rural Saskatchewan. There are 14 active YES teams in 10 communities with approximately 100 youth involved. The goal of the project is to promote healthy lifestyles, provide tobacco awareness information to youth, foster leadership skills, and teach the peer-to-peer instruction model.

In 2003 in **Nova Scotia**, the Cole Harbour Soccer Club (CHSC), in partnership with Capital Health, implemented a tobacco-free policy. Evaluation showed that the initiative was successful in achieving a high level of awareness, comprehension, and acceptance of the tobacco-free soccer message and policy among parents, players, and coaches. In 2004–2005, based on the success of the CHSC policy work, a number of community organizations partnered to develop a new resource: *Tobacco-Free Sport and Recreation: How to Get There*.

In support of provincial smoke-free legislation, **Health Canada** hosted one-day workshops in Manitoba and Saskatchewan to showcase the Health Canada document: "Towards a Healthier Workplace: A Guidebook on Tobacco Control Policies." These workshops support people who are creating or strengthening tobacco control policies in their workplaces.

Community Health Representatives in **Nunavut** received training in minimal contact intervention techniques to use with clients in everyday situations in their communities. Nunavut's entire tobacco control team consists of only two positions a Tobacco Control Facilitator, a position recently created and a Tobacco Reduction Specialist.

The British Columbia provincial government works closely with NGOs, Health Authorities, and other stakeholders under the **ActNow** banner, which promotes tobacco reduction as well as good nutrition, physical activity, and healthy pregnancy initiatives. One ActNow partner is the **BC Healthy Living Alliance**, a coalition of organizations whose representatives include CEOs and executive directors from major provincial health promotion and chronic disease prevention organizations. The Alliance recently released "The Winning Legacy," which is a prevention plan for improving the health of British Columbians by 2010.

Industry accountability and product control

The Canadian Cancer Society, Nova Scotia Division, Capital Health and **Nova Scotia Health Promotion** partnered to conduct an environmental scan of tobacco industry marketing and promotion tactics in Nova Scotia. The scan focused on tactics that target youth and young adults. Bars, nightclubs, and retail stores in six communities were included. The results of the scan have been used to educate communities in order to inform more effective tobacco control policies and programs to reduce smoking among youth and young adults.

New health warning signage regulations came into effect in **British Columbia** on April 15, 2005. The Tobacco Sales Regulation was amended to include five new graphic health warning signs.

Research, evaluation, and monitoring

The **Canadian Tobacco Control Research Initiative** (CTCRI) is a collaboration between a group of Canadian agencies and government departments. Current major funding partners are the six Canadian Institutes of Health Research, the National Cancer Institute of Canada, the Canadian Cancer Society, and Health Canada. With an annual budget of over 3.5 million dollars it is the largest national initiative funding tobacco control research.

In June 2004, CTCRI awarded 5 million dollars to 18 successful teams of 77 investigators for research to be conducted between 2004 and 2009. This is the largest sum of grants given to tobacco abuse and nicotine addiction research in Canada in a single strategic initiative.

In December 2004, CTCRI launched an innovative multi-year grants program to support community-based, multi-sectoral research related to nicotine addiction. Among the target groups for this program are Aboriginal communities, women, and children and youth.

In 2004, with assistance from Health Canada, **Northwest Territories** Department of Health and Social Services, and Bureau of Statistics completed the first Northern Tobacco Use Monitoring Survey. The data collected is comparable to data collected through CTUMS and will help give direction to tobacco control strategies and programs for NWT.

British Columbia is involved in a number of research activities including the Youth Access to Tobacco Research Project, which includes an environmental scan of youth access programs in other jurisdictions, an assessment of youth access to tobacco within the province broken down by age sub-sets (13 to 15 year olds and 16 to 19 year olds), identification of programming gaps, and recommendations for program, policy, or legislative improvement. To foster an exchange of knowledge between researchers and practitioners, B.C.'s **Clean Air Coalition**, in partnership with Health Canada, B.C.'s Ministry of Health, and the B.C. Cancer Agency, supports a "Breakfast Club."

A survey, commissioned by the **Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco** (ACT) in April 2005, indicates that residents of Newfoundland and Labrador are exposed to less second-hand tobacco smoke than ever before. The survey was designed to measure the success of a three-year mass media campaign (*Second Hand Smoke—It Kills*). The campaign was develop by ACT and funded by **Health Canada**. The results are encouraging, indicating that exposure to second-hand smoke has decreased significantly, particularly among children. Some key findings:

- In 2003, 31.7% of smokers indicated they smoked in the presence of children. In 2005, that number dropped to 9%.
- Eighty percent of respondents agree with the provincial government's plan to ban smoking in all public places, including bars and bingo halls.
- Ninety percent of smokers polled recall seeing anti-smoking ads in the past year, an encouraging statistic, as the campaign targeted smokers.

During the 2004–2005 fiscal year, **Health Canada** and the Drug Strategy and Controlled Substance Programme tested messages on tobacco and marijuana designed to help youth develop skills to resist pressure to smoke tobacco and/or marijuana. The target group was youth aged 10 to 19. Findings indicate that messages on tobacco and marijuana should be separated.

In **New Brunswick**, the University of New Brunswick Faculty of Education, which is a member of the New Brunswick Anti-Tobacco Coalition research network, organized data-collection activities for Health Canada's National Youth Smoking Survey in conjunction with a Pan-Canadian network of researchers. A sample of students in grades 5 through 9 from 24 schools were surveyed during the 2004–2005 school year. Each educational jurisdiction received personalized smoking profile reports to support knowledge transfer and action at the school level.

CONCLUSION

In 2001, the first *Moving Forward* reported that British Columbia had completed a two-year pilot project—a quitline. This quitline, one of the first in Canada, became the foundation for B.C.'s present quitline, which now offers callers their choice of languages—130 of them.

By 2003, there were smoker's quitlines in every province and Yukon. Ontario logged 7132 calls between April 2002 and February 2003—around 22 calls a day. In 2005, the quitline in B.C. was receiving more than 300 calls a month. Over the past five years, quitlines have become a valuable and easily available aid to smokers who want to quit.

As of 2005, there is now a national network of quitlines. Some quitlines even operate 24-hours a day, seven days a week.

It has been the same story with so many other tobacco control initiatives: an idea evolves into a pilot project, a pilot project becomes a program; it spreads to other communities where it is improved, refined, and expanded. Youth conferences and camps, media campaigns, websites, Quit and Win Contests, school programs—all have benefited from cooperation, collaboration, and partnering.

In other tobacco control arenas, the story is much the same. Every time a jurisdiction successfully introduced a tobacco control strategy or policy, legislation or regulations, it became easier for another jurisdiction to consider taking a similar action.

Five years, especially in the context of tobacco control, is a very short time. Yet during that period we have gained knowledge, developed resources, and created tools. We have steadily and systematically gathered data—comparable data suitable for research. The National Strategy released in 1999 has taken us further down the road to a healthier society.

Yet, as noted in Tracking Key Indicators, as the prevalence rate declines at a slower pace, Canada appears to be approaching a more difficult to reach population of Canadian smokers. With data from the North and with an analysis of health disparities, we know that there can be systematic variations in the distribution of tobacco use. Perhaps it is time to once again revisit our national strategy and target those harder to reach populations using tactics specifically designed to meet their needs.

APPENDIX A:

Member List—
Federal Provincial Territorial Tobacco Control Liaison Committee

Andrew Hazlewood (Co-Chair)
Assistant Deputy Minister
Population Health and Wellness
Ministry of Health
1520 Blanshard Street, Main Floor
Victoria, British Columbia V8W 3C8
Telephone: (250) 952-1731 Fax: (250) 952-1713

Dawn Hachey (Co-Chair)
A/Director General
Tobacco Control Programme
Health Canada
P.L. 3507A2, Room D787
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Telephone: (613) 941-1977 Fax: (613) 954-2288

Linda Gama-Pinto (Health Canada)
Manager, External Relations Unit
Tobacco Control Programme
Health Canada
Room A605
MacDonald Building
123 Slater Street
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Telephone: (613) 941-4053 Fax: (613) 952-5188

Lloyd Carr (AB)
Senior Manager, Tobacco Reduction Unit
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
10909 Jasper Avenue, 2nd Floor
Edmonton, Alberta T5J 3M9
Telephone: (780) 422-1350 Fax: (780) 427-2352

Laurie Woodland (BC)
Director
Ministry of Health Planning
Population Health and Wellness
3rd Floor, 1520 Blanshard Street
Victoria, British Columbia V8W 3C8
Telephone: (250) 952-2847 Fax: (250) 952-2279

Andrew Loughead (MB)
Coordinator of Tobacco Control
Manitoba Health
Public Health, Environment Unit
4070–300 Carlton Street
Winnipeg, Manitoba R3B 3M9
Telephone: (204) 788-6731 Fax: (204) 948-2040

Marlien Mckay (NB)
Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Services
Department of Health and Wellness
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick E3B 5G8
Telephone: (506) 444-4633 Fax: (506) 453-8702

Bernie Squires (NF)
Lifestyle and Health Promotion Consultant
Department of Health and Community Services
Prince Philip Drive
Confederation Building, West Block, 1st Floor
P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
Telephone. (709) 729-1374 Fax (709) 729-1918

Nancy Hoddinott (NS)
Coordinator, Tobacco Strategy
Nova Scotia Department of Health
1690 Hollis Street, 10th Floor
P.O. Box 488
Halifax, Nova Scotia B3J 2R8
Telephone: (902) 424-5962 Fax: (902) 424-0663

Miriam Wideman (NT)
Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022–49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, Northwest Territories X1A 2L8
Telephone: (867) 920-8826 Fax: (867) 873-0202

Kelly Loubert (NU)
Tobacco Reduction Specialist
Department of Health Specialist
Government of Nunavut
P.O. Box 1000, Station 1000
Iqualuit, Nunavut X0A 0H0
Telephone: (867) 975-5783 (Private line) (867) 975-5700 (Reception)
Fax: (867) 975-5780

Dr. Karim Kurji (ON)
Associate Chief Medical Officer/(A) Director
Chronic Disease Prevention and Health Promotion Branch
Health Promotion Branch
393 University Ave., Suite 2100
Toronto, Ontario M2G 1E6
Telephone: (416) 327-7388 Fax: (416) 314-5497

Lisa Shaffer (PE)
Community Development/Tobacco Reduction
Public Health and Evaluation Division
Department of Health and Social Services
11 Kent Street, P.O. Box 2000
Charlottetown, Prince Edward Island C1A 7N8
Telephone: (902) 368-6133 Fax: (902) 368-4969

Mary Martin-Smith (SK)
Director, Health Promotion
Population Health Branch
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, Saskatchewan S4S 6X6
Telephone: (306) 787-7110 Fax: (306) 787-3823

Susie Ross (YK)
Health Promotion Coordinator
Community Health Programs
Health and Social Services
Yukon Territorial Government
2 Hospital Road, Room 111
Whitehorse, Yukon Y1A 3H8
Telephone: (867) 667-8394 Fax: (867) 667-8338

Kathy Langlois
Director General
First Nations and Inuit Health Branch
Community Programs Directorate
Health Canada
20th Floor, Room 2039B, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Telephone: (613) 952-9616 Fax: (613) 941-3710

With thanks to the Government of Quebec for its expertise and collaboration on *Moving Forward* the 2005 Progress Report on Tobacco Control.

LA STRATÉGIE NATIONALE : ALLER VERS L'AVANT

RAPPORT D'ÉTAPE **2005** SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Préparé par la communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme :

le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du
Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la protection de la santé,
en collaboration avec des organisations non gouvernementales.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères,
sur bande sonore ou en braille.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005

Cat. H128-1/05-442
ISBN 0-662-69369-8
4311

CONTENTS

RÉSUMÉ III
INTRODUCTION 1
SUIVI DES INDICATEURS CLÉS 3
Prévalence du tabagisme au Canada 3
PRÉVALENCE GLOBALE DU TABAGISME AU CANADA 5
PRÉVALENCE DU TABAGISME CHEZ LES GROUPES DE JEUNES 6
TAUX DE PRÉVALENCE DANS LES DIFFÉRENTES PROVINCES 7
Consommation de cigarettes au Canada 7
CONSOMMATION GLOBALE DE CIGARETTES AU CANADA 7
LA CONSOMMATION DE CIGARETTES CHEZ LES JEUNES CANADIENS 9
CONSOMMATION DE CIGARETTES PAR PROVINCE 9
Statistiques de l'industrie du tabac 10
VENTES DE CIGARETTES SUR LE MARCHÉ INTÉRIEUR 11
Effets du tabagisme 12
MORTALITÉ ATTRIBUABLE AU TABAGISME 12
Tabagisme, déterminants de la santé et disparités sur le plan de la santé 14
GENRE, SEXE ET TABAGISME 15
ÉVOLUTION VERS UNE SOCIÉTÉ SANS TABAC 17
Prévention 17
Cessation 18
Protection 18
Dénormalisation 19
PROGRÈS RÉALISÉS PAR RAPPORT AUX ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 20
Politiques et lois 20
PROMULGATION ET MODIFICATION DE LOIS 20
MISE EN ŒUVRE DES AUGMENTATIONS DE TAXES 22
ÉLABORATION DES POLITIQUES ET RENFORCEMENT DES STRATÉGIES 22
AMÉNAGEMENT D'ESPACES SANS FUMÉE 22
JUGEMENTS DES TRIBUNAUX 23
Éducation du public (information, médias de masse, programmes et services) 23
AU SERVICE DE LA DIVERSITÉ 23
RÉPONDRE AUX BESOINS DES GROUPES PARTICULIERS 24
CRÉER DES INCITATIFS 25
CAMPAGNE D'INFORMATION ET DE MÉDIAS DE MASSE 25
IT'S A BLAST! 26
LES JEUNES AVANT TOUT 26

Renforcement et soutien de la capacité d'agir 28
Responsabilité de l'industrie et surveillance des produits du tabac 30
Recherche, évaluation et surveillance 30

CONCLUSION **32**

ANNEXE A : LISTE DES MEMBRES — COMITÉ FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL DE LIAISON SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME **33**

RÉSUMÉ

Dans la lutte contre le tabagisme, le Canada a toujours fait figure de chef de file mondial. Au cours des 40 dernières années, grâce à une combinaison de lois, de campagnes de sensibilisation et de mesures de santé publique, nous avons réussi à réduire le pourcentage des fumeurs canadiens à son niveau le plus bas en 50 ans.

Depuis cinq ans, le rapport d'étape annuel sur la Stratégie nationale canadienne de lutte contre le tabagisme, *Aller vers l'avant*, brosse chaque année un tableau des efforts consentis par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour réduire le tabagisme.

La présentation du rapport varie selon l'année. Les années paires, on publie un rapport concis, et les années impaires, un rapport plus étoffé. La présente version développée du rapport comprend trois sections. Comme à chaque année la section consacrée au Suivi des indicateurs clés renferme des données statistiques annuelles sur la prévalence du tabagisme et la consommation de cigarettes au Canada, telles qu'elles ont été recueillies dans le cadre de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Cette année, le rapport présente également des données sur les ventes des cigarettes sur le marché intérieur et sur les effets du tabagisme sur la santé.

Dans le premier rapport d'étape, on a constaté certaines lacunes au chapitre de nos connaissances du tabagisme au Canada. Cette année, on est en mesure de présenter des données pour combler une lacune particulière : le manque de données de sondages effectués dans le Nord. Dans cette partie du pays, les ménages sont moins nombreux à disposer d'un téléphone et, par conséquent, la collecte des données au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut coûte cher. C'est pourquoi les territoires ne figurent habituellement pas dans les grands sondages. Toutefois, grâce à une entente conclue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et Santé Canada, il a été possible d'effectuer un sondage sur le tabagisme dans ce territoire en 2004. Certains résultats du sondage sont présentés dans la section « Suivi des indicateurs clés ».

Dans le rapport *Aller vers l'avant* de 2004, on a étudié les liens entre le tabagisme, les déterminants de la santé et les disparités sur le plan de la santé. Cette année, on a approfondi cet examen pour examiner de plus près les rapports qui existent entre le genre et le tabagisme, ce qui semble indiquer que les stratégies d'abandon doivent être adaptées non seulement en fonction de l'âge mais du sexe. Dans la section « Évolution vers une société sans tabac », on étudie de plus près les quatre buts de la Stratégie nationale, à savoir la prévention, la cessation, la protection et la dénormalisation. Finalement, la section consacrée aux progrès réalisés par rapport aux orientations stratégiques présente certaines des initiatives de lutte contre le tabagisme entreprises à la grandeur du pays.

En matière de lutte contre le tabagisme, cinq ans constituent une période relativement courte. Pourtant, au cours des cinq dernières années, nous avons constaté des progrès. Nous avons continué d'approfondir nos connaissances, de mettre au point des ressources et de créer des outils. Nous avons constamment et systématiquement recueilli des données – données comparables qui sont donc utiles pour la recherche. Nous savons que la Stratégie nationale, révisée en 1999, nous a permis de réaliser des progrès vers une société plus saine.

Cependant, comme on le constate dans la section « Suivi des indicateurs clés », le taux de prévalence du tabagisme baisse moins rapidement, et il semble que le Canada ait plus de difficulté à influencer les fumeurs. Les données provenant du Nord et l'analyse des disparités sur le plan de la santé révèlent que la distribution du tabagisme peut accuser des variations systématiques. C'est peut-être le moment de repenser notre stratégie nationale encore une fois et de cibler les groupes plus difficiles à joindre en déployant des tactiques conçues spécialement pour répondre à leurs besoins.

INTRODUCTION

Le Canada a toujours été un chef de file mondial dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. Au cours des 40 dernières années, grâce à une combinaison de lois, de campagnes de sensibilisation et de mesures de santé publique, nous avons réussi à réduire le pourcentage des fumeurs canadiens à son niveau le plus bas en 50 ans.

Au cours des cinq dernières années, le présent rapport d'étape, *Aller vers l'avant*, a présenté divers exemples d'activités entreprises par les provinces, les territoires, les ONG et le gouvernement fédéral. Dans bien des cas, ces efforts de lutte contre le tabagisme se font sous le signe de la collaboration. En 1999, quand la stratégie actuelle de lutte contre le tabagisme a été approuvée, les ministres de la Santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux ont d'ailleurs convenu que des démarches soutenues, globales, intégrées et collaboratives s'imposaient pour lutter efficacement contre le tabagisme. Comme dans les quatre numéros précédents, le présent rapport renferme des exemples de ce genre de démarches.

Le mandat initial du rapport d'étape sur la lutte contre le tabagisme était de suivre l'évolution des tendances et de repérer des lacunes dans les connaissances nécessaires pour lutter contre le tabagisme. Grâce à l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), *Aller vers l'avant* a présenté chaque année des données fiables, comparables et à jour sur le tabagisme au Canada. Par ailleurs, nous sommes heureux de pouvoir présenter cette année des données permettant de combler une lacune importante. Vu le nombre assez restreint de ménages au grand Nord qui possèdent un téléphone, la collecte des données au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut est plus difficile. Pour cette raison, les territoires sont habituellement exclus des grands sondages.

En 2003, une entente a été conclue entre Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pour la réalisation d'une enquête sur le tabagisme dans ce territoire. Le rapport *Aller vers l'avant* de 2005 comprendra des données issues de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac dans le Nord réalisée en 2003-2004.

L'acceptation et l'usage du tabac ainsi que l'accoutumance à cette substance constituent un problème extrêmement complexe, mais nous avons quand même réussi à réduire le tabagisme au Canada. L'expérience acquise avec le temps nous a permis d'apprendre ce qui fonctionne ou non en matière de lutte contre le tabagisme, et notre apprentissage se poursuit. Nous avons appris comment appliquer des lois antitabac tout en résistant avec succès aux contestations continues de la loi par l'industrie, comment appuyer ces lois au moyen de la recherche et de la surveillance, comment créer des campagnes médiatiques ciblées et comment personnaliser les programmes de cessation pour répondre aux besoins de groupes particuliers. Nous avons appris à déployer davantage d'efforts en matière d'éducation sur le tabagisme afin de joindre les très jeunes. Avant tout, nous avons appris à travailler plus efficacement ensemble, car le tabagisme, dont les conséquences sont extrêmement nuisibles toute la société, est l'affaire de tous. Le rapport d'étape de la Stratégie nationale, en exposant les activités de lutte contre le tabagisme, continue d'être un mécanisme privilégié pour l'échange de pratiques exemplaires, la diffusion de renseignements et la participation à un processus d'apprentissage continu.

La présentation du rapport varie selon l'année. Les années paires, on publie un rapport concis, et les années impaires, un rapport plus étoffé. La présente version développée du rapport comprend trois sections. La section « Suivi des indicateurs clés » présente des données statistiques sur la prévalence du tabagisme et la consommation de cigarettes au Canada, sur les ventes de cigarettes sur le marché intérieur et sur les conséquences du tabagisme pour la santé. Le rapport traite également des liens entre le tabagisme, les déterminants de la santé et les disparités sur le plan de la santé, et étudie de plus près les liens entre le genre et le tabagisme. Dans la section « Évolution vers une société sans tabac », on approfondit l'examen des quatre buts de la stratégie nationale, à savoir la prévention, la cessation, la protection et la dénormalisation.

La troisième section, « Progrès réalisés par rapport aux orientations stratégiques » présente certaines des activités de lutte contre le tabagisme menées par les territoires, les provinces et le gouvernement fédéral, souvent en partenariat avec des ONG, des groupes communautaires et des organismes bénévoles du secteur de la santé. Elle est structurée en fonction des quatre orientations stratégiques de la Stratégie nationale, à savoir :

- politiques et lois;
- éducation du public (information, médias de masse, programmes et services);
- responsabilité de l'industrie et surveillance des produits du tabac;
- recherche, évaluation et surveillance;
- renforcement et soutien de la capacité d'agir.

Le présent numéro d'*Aller vers l'avant* porte sur la période du printemps 2004 au printemps 2005. Les données qui y sont présentées proviennent de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.

SUIVI DES INDICATEURS CLÉS

Au Canada, un processus d'apprentissage continu aide à lutter contre le tabagisme. Nous devons faire preuve de persistance en élaborant des mesures pour évaluer, surveiller et améliorer les programmes et les activités de lutte antitabac tout en cherchant sans cesse à combler les lacunes dans nos connaissances.

Une lacune cruciale a été le manque de données issues de sondages effectués dans le Nord. La collecte de données est plus difficile au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et au Nunavut et, par conséquent, les territoires sont habituellement exclus de grands sondages. À l'hiver 2003, le bureau des statistiques des T.N.-O. a effectué une enquête de surveillance de l'usage du tabac dans le Nord (ESUTN). À l'automne 2004, on a analysé les données des sondages et produit un rapport à ce sujet. Les données provenant de l'ESUTN s'ajouteront aux données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC de 2004) présentées dans le présent rapport.

Depuis 1999, l'ESUTC fournit des données fiables, à jour, comparables et continues concernant le tabagisme au Canada. Cette enquête, réalisée par Santé Canada sur les conseils des provinces, est menée par Statistique Canada. Ce dernier fournit des données semestrielles (Phase 1) et annuelles à l'échelle des provinces, avec un bilan national, en utilisant sur une année complète un échantillon qui regroupe plus de 20 000 répondants. Environ 50 % des personnes interrogées ont de 15 à 24 ans, car c'est ce groupe qui est le plus à risque de commencer à fumer.

Certaines lacunes persistent. Les défenseurs de la lutte contre le tabagisme reconnaissent qu'il est possible, dans le cadre de telles enquêtes, que l'on omette d'interroger des groupes qui sont probablement composés d'un pourcentage important de fumeurs réguliers et invétérés. Ces groupes comprennent les détenus, les personnes placées en établissement et les sans-abri qui comptent parmi eux des jeunes marginalisés.

On mesure habituellement le tabagisme de trois façons :

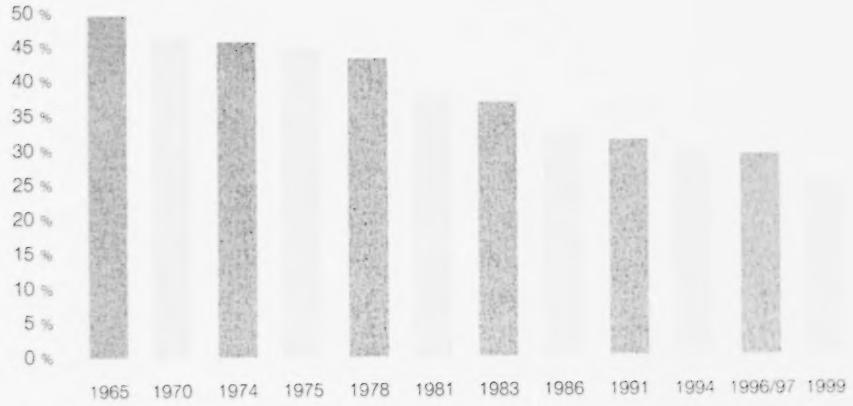
- la prévalence (quel est le pourcentage des Canadiens et des Canadiennes fumeurs?);
- la consommation de cigarettes (combien de cigarettes un fumeur régulier consomme-t-il par jour?);
- les ventes de produits du tabac.

Chaque évaluation a des forces et des faiblesses, mais si on les regroupe, elles permettent de brosser le tableau du tabagisme au Canada.

Prévalence du tabagisme au Canada

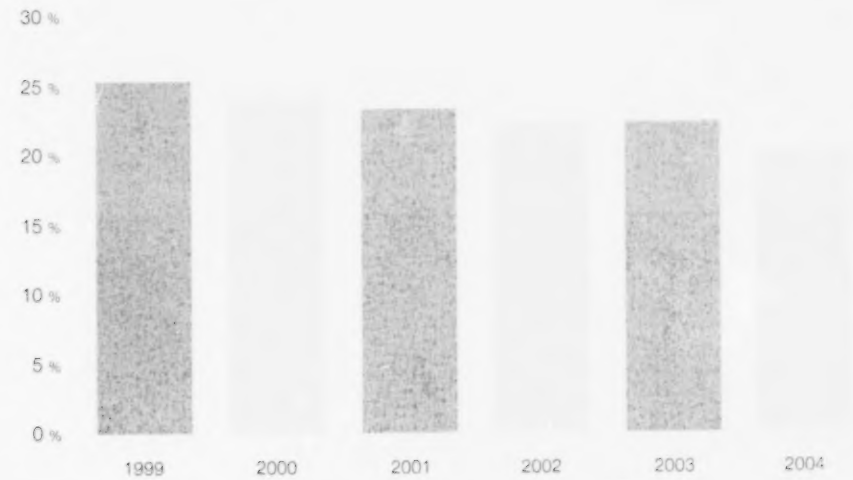
Le premier rapport *Aller vers l'avant*, publié en 2001, renfermait des données sur la prévalence datant de 1965, année où la surveillance régulière du tabagisme a commencé. Le rapport soulignait la diminution importante du pourcentage des fumeurs au Canada, d'une proportion estimative de 50 % en 1965 à 24 % en 2000. Ces chiffres étaient encourageants. Certaines années se sont représentent des jalons importants dans la lutte antitabac. En 1981, par exemple, la prévalence est tombée sous les 40 %, et en 1994 elle se retrouvait sous les 30 % (figure 1A). Ces taux de prévalence représentent maintenant une ère différente de la lutte antitabac. Depuis les cinq dernières années, les données de l'ESUTC indiquent que même si la prévalence continue à diminuer dans la population en général, les diminutions sont moins importantes. Il semble que nous soyons rendus à une étape où il est plus difficile de joindre les fumeurs canadiens. Le rapport *Aller vers l'avant* est maintenant axé sur les données sur la prévalence recueillies dans le cadre de l'ESUTC depuis 1999.

FIGURE 1A : Prévalence des fumeurs actuels canadiens âgés de 15 ans ou plus, 1965 à 1999[a]



Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1965–1975, 1981–1986; Enquête sur la santé au Canada, 1978; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/97; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999.

FIGURE 1B : Prévalence des fumeurs actuels canadiens âgés de 15 ans ou plus, 1999 à 2004



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999 à 2004.

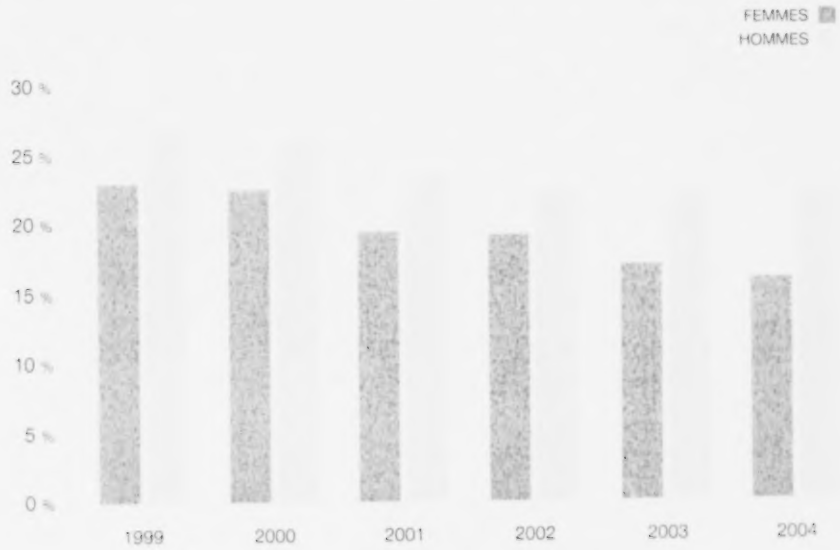
La tendance de la prévalence du tabagisme est à la baisse dans les provinces, mais il semble que nous soyons rendus à un point où les taux de prévalence s'appliquent à des populations difficiles à joindre. Selon les résultats les plus récents de l'ESUTC issus des données recueillies en 2004, un peu plus de 5 millions de personnes, représentant environ 20 % de la population âgée de 15 ans et plus, étaient des fumeurs. (De ce nombre, 15 % ont déclaré qu'ils fumaient tous les jours, tandis que 5 % ont déclaré fumer à l'occasion). Ceci représente une légère diminution par rapport au taux de prévalence de l'année dernière, qui était de 21 % (figure 1B).

Selon les résultats de l'ESUTN, 41 % de la population des T.N.-O. de 15 ans ou plus fument des cigarettes (de ce nombre, 29 % ont déclaré fumer tous les jours). Ce taux est presque le double du taux de prévalence qui est rapporté pour les 10 provinces. On devrait noter que le rapport de l'ESUTN comprend des données sur l'usage du tabac chez les Autochtones. La prévalence du tabagisme chez les résidents autochtones était plus de deux fois celle des résidents non autochtones, à savoir 60 % comparativement à 25 %.

En 2004, environ 22 % des hommes de 15 ans et plus étaient fumeurs. Encore une fois, ceci représente une légère baisse par rapport au taux de l'année dernière, qui était de 23 %. Ce taux est encore plus élevé que le taux chez les femmes de 15 ans et plus, qui a baissé légèrement de 18 % à 17 % en 2003 (figure 2).

Dans les T.N.-O., les hommes fument en plus grand nombre que les femmes, les proportions pour les deux sexes étant de 44 % et de 38 % respectivement.

FIGURE 2 : Prévalence des fumeurs actuels canadiens âgés de 15 ans ou plus, par sexe, 1999 à 2004



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999 à 2004.

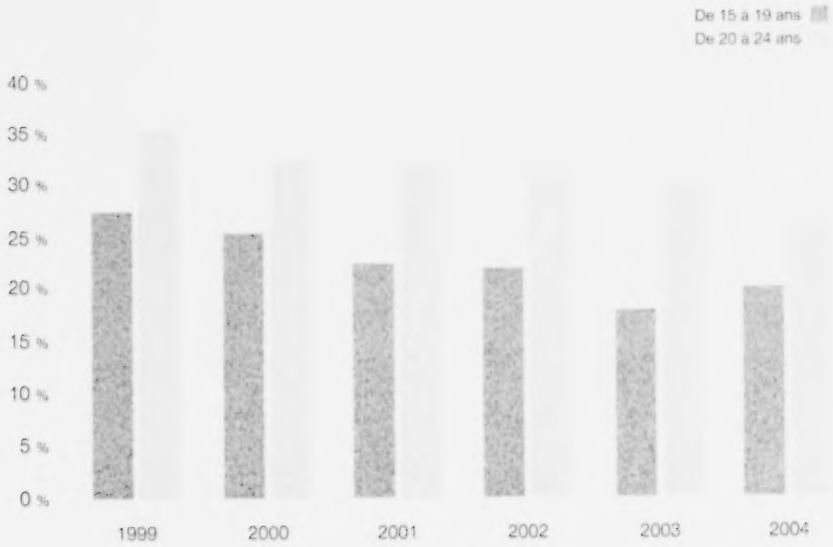
Au début des années 80, plus de 40 % des jeunes de 15 à 19 ans fumaient. Au début des années 90, ce taux avait diminué et était légèrement supérieur à 20 %. Puis, au cours des années 90, les taux ont augmenté, atteignant leur niveau le plus élevé - 28 % - en 1999. Mais ils baissent depuis lors. Le taux de 2004 demeure inchangé à 18 % depuis 2003 (11 % des jeunes ont déclaré fumer tous les jours et 7 % à l'occasion) (figure 3). Chez les adolescentes, le tabagisme est passé de 20 % en 2003 à 18 % en 2004. C'est le taux de tabagisme annuel le plus bas enregistré chez les adolescentes depuis le début de la surveillance en 1965

Selon les données de l'ESUTN, 43 % des jeunes de 15 à 19 ans des T.N.-O. fument.

Chez tous les groupes d'âge, les jeunes adultes de 20 à 24 ans ont toujours accusé les taux de prévalence les plus élevés. C'est toujours le cas, mais les taux sont passés de 35 % en 1999 à 31 % en 2002 et à 28 % en 2004 (figure 3). Il s'agit du taux le plus bas consigné depuis que Santé Canada a commencé à surveiller la prévalence chez ce groupe d'âge. Il y a plus de femmes que d'hommes qui fument dans ce groupe d'âge : 30 %, comparativement à 25 %.

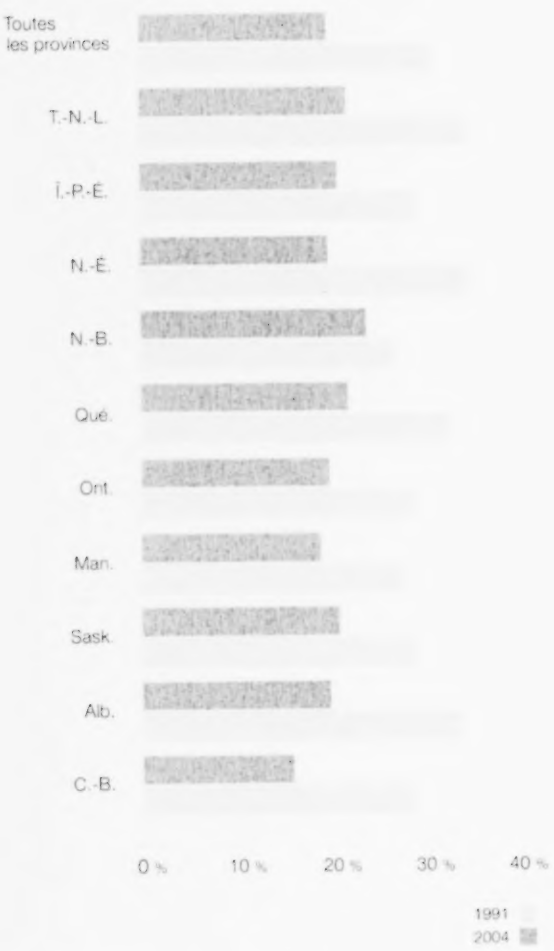
Parallèlement à cette tendance, les jeunes adultes de 20 à 24 ans dans les T.N.-O. ont le taux de prévalence (53 %) le plus élevé de tous les groupes d'âge.

FIGURE 3 : Prévalence des fumeurs actuels canadiens, par groupe d'âge chez les jeunes (1999 à 2004)



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999 à 2004

Dans les provinces, les taux de prévalence chez les fumeurs de 15 ans et plus continuent à diminuer. En 1991, cinq provinces affichaient des taux supérieurs à 30 %. En 2000, seule une province avait un taux de prévalence de 30 %. D'après les données de l'ESUTC, le taux de prévalence le pus élevé est de 24 % (Nouveau-Brunswick). L'ampleur des différences entre les provinces est aussi encourageante que les taux de diminution. Le Québec a enregistré la diminution la plus importante, de 25 % en 2003 à 22 % en 2004, et la Colombie-Britannique continue d'afficher le taux de prévalence le plus bas, à 15 %, mais toutes les provinces sont actuellement en deçà de 4 à 5 % de la moyenne nationale (figure 4).



Source : Enquête sociale générale, 1991 ; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2004.

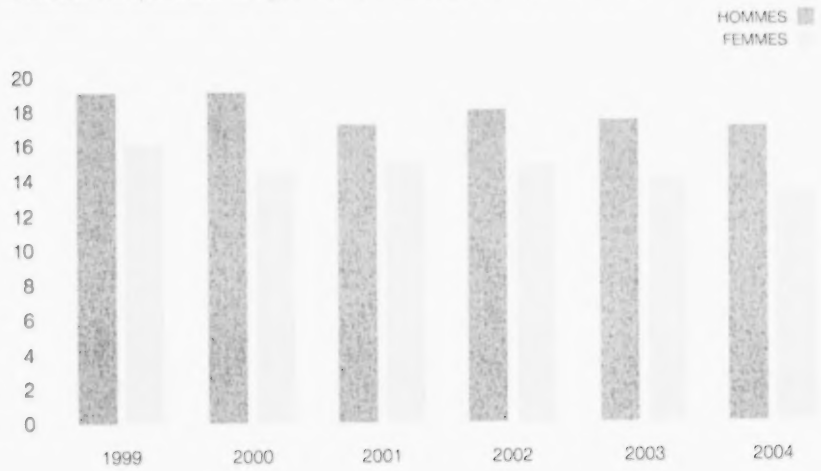
Consommation de cigarettes au Canada

Les données sur les ventes de produits du tabac et la consommation de produits du tabac recueillies dans le cadre d'enquêtes donnent divers aperçus sur la consommation, avec leurs forces et leurs faiblesses. Dans le cadre d'enquêtes, la consommation est déclarée par les participants. Étant donné que les fumeurs, inévitablement, déclarent des habitudes de consommation de produits du tabac moindres qu'en réalité, le taux de consommation tend à être inférieur à celui des ventes de cigarettes pendant une même période. L'écart entre les chiffres de consommation déclarée par les participants et les chiffres de vente a déjà atteint 30 % et pourrait être supérieur étant donné que le degré d'acceptation du tabagisme a diminué dans la société.

Depuis 1985, lorsque les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 20,6 cigarettes par jour, les Canadiens continuent à déclarer fumer moins de cigarettes par jour. Le nombre de cigarettes fumées par jour a diminué graduellement mais constamment à son niveau actuel de 15,2 cigarettes par jour, conformément au niveau de 2004.

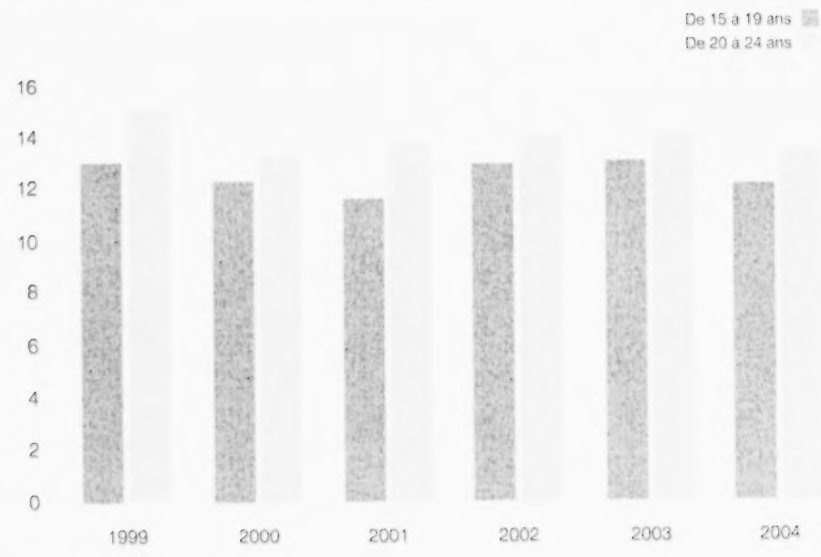
Bien que les taux de consommation chez les fumeurs quotidiens soient à la baisse tant chez les hommes que chez les femmes au cours des vingt dernières années, cette baisse est plus remarquable chez les hommes que chez les femmes puisque historiquement, les homes fumaient davantage de cigarettes par jour. Toutefois, les hommes continuent à fumer plus que les femmes, la consommation étant de 16,4 cigarettes par jour chez les hommes, comparativement à 13,8 cigarettes par jour chez les femmes (figure 5).

FIGURE 5 | Nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs canadiens quotidiens âgés de 15 ans et plus, 1999 à 2004



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999 à 2004.

FIGURE 6 | Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens canadiens, par groupe d'âge de jeunes, 2004

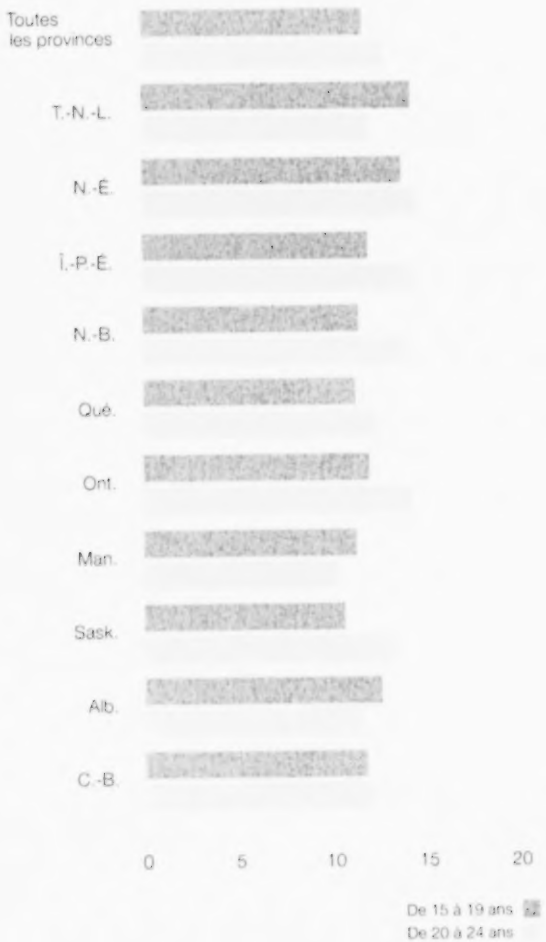


Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999 à 2004.

Dans l'ensemble des T.N.-O., les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 14 cigarettes par jour. Les hommes fumaient plus de cigarettes par jour que les femmes (15,9 cigarettes comparativement à 11,8). En outre, les fumeurs quotidiens non autochtones fumaient plus de cigarettes par jour que les fumeurs quotidiens autochtones 16,6 cigarettes par jour comparativement à 12,3).

Chez les jeunes de 15 à 19 ans, la consommation quotidienne s'élevait à 11,6 cigarettes, les taux de consommation étant presque identiques chez les garçons et les filles (11,7 pour les garçons et 11,6 pour les filles) Avant 2004, les garçons avaient déclaré fumer plus de cigarettes par jour que les filles. En 2003, la consommation était de 13 cigarettes par jour chez les garçons et de 11,7 chez les filles.

FIGURE 7 : Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens canadiens, par groupe d'âge de jeunes et par province, 2004



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2004.

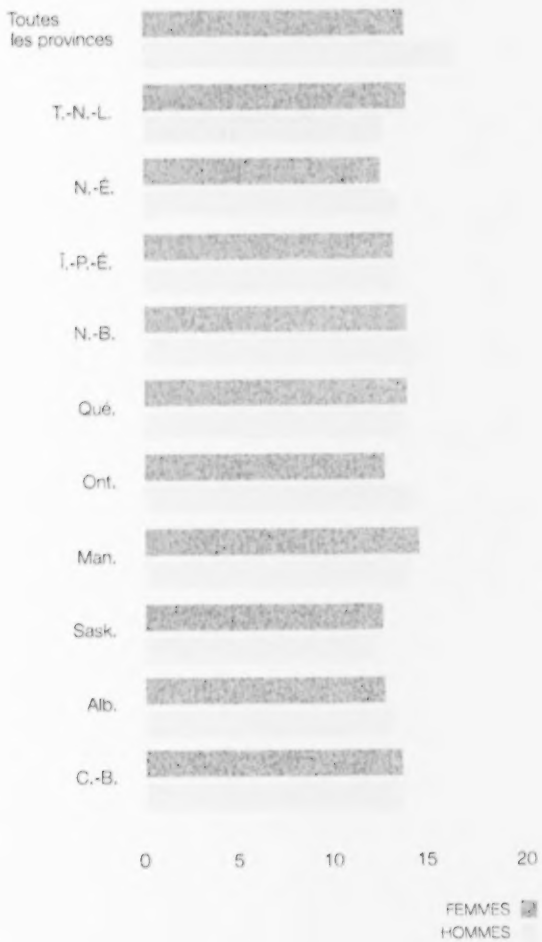
Chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans, la consommation de cigarettes chez les deux sexes était de 12,8 cigarettes par jour, et les hommes fumaient un peu plus de cigarettes par jour (13,8) que les femmes (11,6) (figure 6).

La consommation de cigarettes dans les provinces devient plus uniforme. En 2004, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers variait de 13,9 en Saskatchewan à 16,7 au Nouveau-Brunswick. Conformément aux prévisions, les hommes ont déclaré fumer légèrement plus de cigarettes par jour que les femmes, les écarts les plus importants se situant au Nouveau-Brunswick, où les hommes ont déclaré fumer en moyenne 18,5 cigarettes par jour comparativement à 14,5 chez les femmes. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, la consommation allait de 10,5 cigarettes par jour en Saskatchewan à 14,1 à Terre-Neuve-et-Labrador. Habituellement, les personnes de 20 à 24 ans fument plus de cigarettes par jour que celles de 15 à 19 ans, mais dans trois provinces, Terre-Neuve-et-Labrador, Manitoba et Alberta, elles déclarent en fumer moins (figures 7 et 8).

Statistiques de l'industrie du tabac

L'industrie canadienne du tabac est assujettie à plusieurs règlements provinciaux et fédéraux concernant la communication de rapports. Par exemple, en Colombie-Britannique, le règlement sur les essais du tabac et la divulgation des résultats exige qu'on divulgue les résultats d'essais visant à déterminer la présence de produits chimiques, dont le nombre peut atteindre 44, dans la fumée principale (inhalée par le fumeur) et dans la fumée secondaire (fumée d'une cigarette allumée). Il exige également que l'on fasse des essais sur deux manières d'inhaler, normale et intense, et qu'on en divulgue les résultats.

FIGURE 8.1 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans ou plus, par sexe et par province, 2004*



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2004.

À l'échelon fédéral, depuis l'entrée en vigueur du *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*, pris en application de la Loi sur le tabac, les fabricants des produits du tabac sont tenus de divulguer la concentration de plus de 40 produits chimiques présents dans la fumée principale (inhalée par le fumeur) et la fumée des autres (la fumée secondaire inhalée par les non-fumeurs). Six de ces produits doivent figurer sur les paquets des produits du tabac.

On exige des rapports trimestriels sur les ingrédients des produits et les activités publicitaires, et un rapport semestriel sur les émissions. En outre, les fabricants sont tenus de soumettre des rapports annuels sur les ventes et la recherche, et des renseignements sur les constituants. Finalement, on exige des rapports mensuels sur les ventes de cigarettes, de tabac à cigarettes et de bâtonnets de tabac.

Bien que l'on puisse consommer le tabac sous diverses formes, la cigarette compte pour la plus la plus grande part de la consommation de tabac. Les produits du tabac autres que les cigarettes, tels le tabac à pipe, les cigares, les cigarillos et le tabac sans fumée représentent une proportion marginale des ventes de tabac, mais leur utilisation semble accuser une légère augmentation.

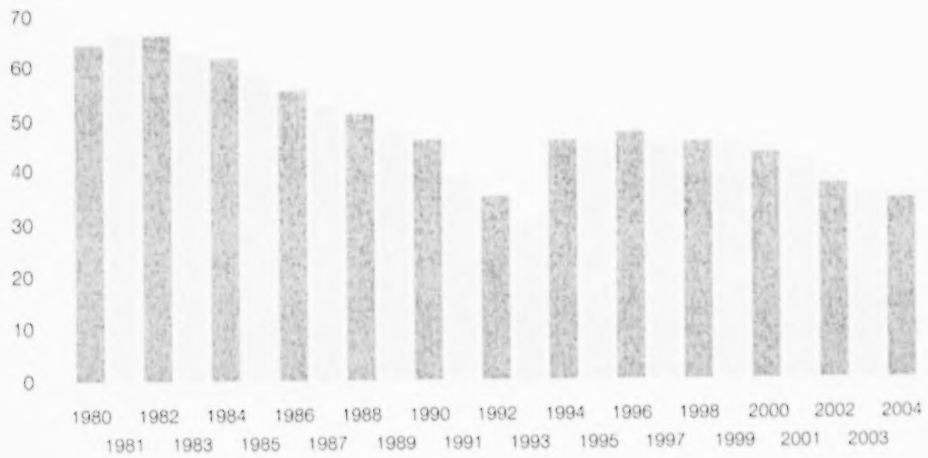
Il faut noter que les données sur les ventes de cigarettes sur le marché intérieur recueillies en vertu du *Règlement sur les rapports relatifs au tabac* ne représentent pas les ventes au détail mais plutôt les ventes du fabricant au grossiste pour lesquelles on a payé des taxes d'accise et des droits.

On ne peut ajouter foi aux données sur les ventes de cigarettes. Comme le montre la figure 9, il y a une chute assez marquée des ventes de cigarettes déclarées entre 1991 et 1993. Cependant, cela ne s'est pas traduit par une baisse de la consommation de cigarettes. Pendant cette période, il y a eu une hausse importante des taxes sur le tabac. La hausse des prix, au lieu d'aider à réduire la consommation, a stimulé la contrebande. En 1994, pour faire baisser les ventes non contrôlées, on a réduit provisoirement les taxes fédérales. Ensuite, on les a augmentées progressivement sur près de cinq ans, et on a établi une taxe fédérale uniforme sur le tabac à l'échelle du pays. Depuis, on constate une baisse constante du nombre de cigarettes vendues au Canada.

La contrebande et la question plus récente des cigarettes de contrefaçon continuent de susciter des préoccupations et méritent qu'on leur accorde plus d'attention.

Les mesures fiscales sont coordonnées entre plusieurs ministères et organismes fédéraux, la coordination, la gestion et le financement étant assurés par l'intermédiaire de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Le ministère du Solliciteur général et la Gendarmerie royale du Canada participent aux efforts déployés pour surveiller et évaluer les activités liées à la contrebande du

FIGURE 9 : Ventes des cigarettes sur le marché intérieur, entre le fabricant et le grossiste (milliards de cigarettes), Canada, 1980 à 2004*



Source : Santé Canada, Programme de la lutte au tabagisme, Bureau de la recherche, de la surveillance et l'évaluation.

tabac et les crimes connexes. Le ministère de la Justice assure la surveillance et perçoit les amendes imposées aux contrevenants et prend des mesures à l'égard des infractions liées à la contrebande. L'Agence du revenu du Canada est chargée de percevoir les droits et les taxes sur les produits du tabac et d'interdire la circulation de produits du tabac de contrebande à l'intérieur du pays et à la frontière. Leurs activités se déroulent aux points d'entrée terrestres, marins et aériens ainsi que dans les entrepôts d'attente et publics à l'intérieur du pays.

Effets du tabagisme

Le tabagisme demeure la première cause évitable de décès et de maladie au Canada. Chaque année, plus de 45 000 Canadiens meurent de causes liées au tabac. Parmi ces personnes, certaines n'ont jamais consommé de tabac, mais elles ont été exposées à la fumée secondaire. (D'après l'ESUTC de 2004, 15 % des enfants canadiens de la naissance à 17 ans sont encore exposés régulièrement à la fumée de tabac ambiante.) Bien qu'il soit impossible de mesurer les conséquences affectives et sociales pour les familles touchées, il est possible d'estimer le coût économique que doit absorber notre système de soins de santé, et ce coût est considérable.

Au fil des années on s'est penché sur le calcul des taux de mortalité liés au tabagisme. Cependant, même si on emploie différentes méthodes de calcul, force est de constater qu'un nombre important de décès évitables se produisent chaque année.

Mortalité attribuable au tabagisme

Nos données les plus récentes indiquent qu'en 1998, 47 581 Canadiens sont morts à cause du tabagisme actif ou passif. De ce nombre, 30 230 étaient des hommes, 17 351 étaient des femmes et 96 étaient des enfants âgés de moins d'un an (voir le tableau 1). Un type de mortalité qui ne figure pas dans ces chiffres est la mort causée par les incendies attribuables au tabagisme. Bien que ces décès soient peu nombreux chaque année, ils sont également évitables.

TABLE 1 | Mortalité attribuable au tabagisme (MAT), par catégorie de maladie et par sexe, Canada, 1998

CATÉGORIE DE MALADIE	CIM-9	SEXE MASCULIN	SEXE FÉMININ	TOTAL
MALADIES DES ADULTES (ÂGÉS DE PLUS DE 35 ANS)		29 563	16 815	46 378
Cancers		12 052	6 295	18 347
Lèvres, cavité buccale, pharynx	140–149	610	207	817
Oesophage	150	761	244	1 005
Pancréas	157	415	540	955
Larynx	161	320	62	382
Trachée, poumons, bronches	162	9 067	4 884	13 951
Col de l'utérus	180	—	136	136
Vessie	188	467	161	628
Reins, autre partie des voies urinaires	189	413	62	475

CATÉGORIE DE MALADIE	CIM-9	SEXE MASCULIN	SEXE FÉMININ	TOTAL
MALADIES DES ADULTES (ÂGÉS DE PLUS DE 35 ANS)				
Maladies cardiovasculaires		11 305	6 109	17 413
Rhumatisme cardiaque	390–398	41	55	96
Hypertension artérielle	401–405	145	153	298
Cardiopathie ischémique	410–414			
35 à 64 ans		2 171	489	2 660
65 ans et plus		4 007	2 622	6 629
Cardiopathie pulmonaire	415–417	120	80	200
Autres cardiopathies	420–429	1 645	1 133	2 779
Maladie cérébrovasculaire	430–438			
35 à 64 ans		361	327	687
65 ans et plus		1 310	455	1 765
Athérosclérose	440	356	274	630
Anévrisme de l'aorte	441	794	281	1 075
Autres maladies artérielles	442–448	354	240	595
Maladies respiratoires		6 206	4 411	10 618
Tuberculose respiratoire	010–012	20	6	26
Pneumonie/Grippe	480–487	1 418	1 364	2 782
Bronchite/Emphysème	491–492	751	473	1 224
Asthme	493	55	75	130
Obstruction chronique des voies aériennes	496	3 963	2 494	6 457
MAT PÉDIATRIQUE		612	495	1 107
MAT pédiatrique attribuable à un cancer du poumon		218	143	361
MAT pédiatrique attribuable à la cardiopathie ischémique		394	352	746
MALADIES PÉDIATRIQUES (LES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS D'UN AN)		55	41	96
Insuffisance de poids à la naissance	765	17	15	31
Syndrome respiratoire aigu sévère	769	8	6	14
Affections respiratoires du nouveau-né	770	11	9	21
Mort subite de nourrisson	798,0	19	11	30
TOTAL		**30 230**	**17 351**	**47 581**
MAT en pourcentage des décès, toutes causes confondues*		27	17	21
Rapport MAT entre hommes et femmes				1,7

CIM-9 = Classification internationale des maladies, 9e révision, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Source : Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ, « La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions », 1999. *La revue canadienne de santé publique*, volume 95, n° 1, 2004.

Certaines conséquences pour la santé ne sont pas propres au sexe, c'est-à-dire qu'elles touchent à la fois les hommes et les femmes. Citons, par exemple, le cancer du poumon et d'autres cancers, la maladie cardiovasculaire, les accidents vasculaires cérébraux, la bronchite chronique et l'emphysème. D'autres conséquences pour la santé sont toutefois propres au sexe. Par exemple, les fumeurs risquent la dysérection et une diminution de la fertilité, tandis que les fumeuses risquent davantage la maladie cardiovasculaire lorsqu'elles prennent des contraceptifs oraux, ainsi qu'une diminution de la fertilité, le cancer du col de l'utérus, la ménopause précoce et des fractures des os. En outre, le tabagisme pendant la grossesse peut entraîner la naissance prématurée, une malformation du fœtus, un faible poids à la naissance et la mortinaissance.

Entre 1989 et 1998, le nombre de décès liés au tabagisme au Canada a augmenté, et cette montée a été particulièrement marquée chez les femmes. Pendant cette période, les décès liés au tabagisme sont passés de 38 357 à 47 581, ce qui représente une hausse de 9 224. Parmi ces décès, 6 531 sont survenus chez les femmes. (figure 10)

Cette différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les décès liés au tabagisme reflète le comportement de notre population en matière de tabagisme il y a deux ou trois décennies. Vers le milieu des années 60, la consommation de tabac a diminué chez les hommes, et ce changement s'est traduit par un nivellement vers le milieu des années 80 et ensuite par une baisse continue des taux de cancer du poumon chez les hommes. Entre 1989 et 1998, le cancer du poumon était la principale cause de décès lié au tabagisme, alors que la maladie cardiovasculaire occupe maintenant ce rang. Chez les Canadiennes, la consommation du tabac a atteint un sommet à la fin des années 70 et diminue progressivement depuis 30 ans. Entre 1969 et 1998, les taux de mortalité attribuables au cancer du poumon chez les femmes ont plus que quadruplé, et l'on peut s'attendre à ce que ces taux continuent de monter pour quelques années encore, avant de commencer à baisser.

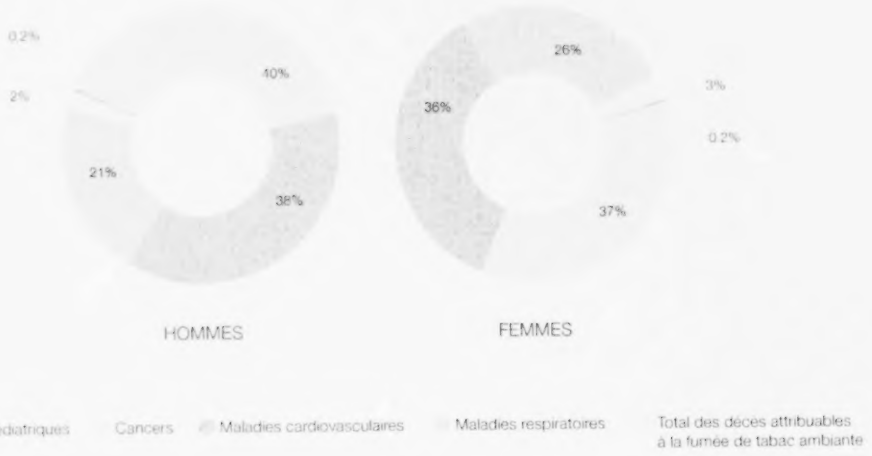
À cause de la baisse importante de la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac au cours des 40 dernières années, le taux des décès liés au tabagisme commencera à baisser. Grâce à la mise en œuvre d'une vaste gamme de mesures de lutte contre le tabagisme, depuis la réglementation jusqu'à l'éducation, nous pouvons nous attendre à une diminution des décès liés au tabagisme.

Tabagisme, déterminants de la santé et disparités sur le plan de la santé

La Stratégie nationale est fondée sur un cadre de santé de la population, qui prend en considération une vaste gamme de déterminants de la santé qui influencent les tendances relatives au tabagisme. Nous reconnaissons aujourd'hui que des interactions complexes entre ces déterminants de la santé influent sur la santé de la personne. Ces déterminants sont, entre autres, le revenu personnel, le rang social, le sexe, la scolarisation, l'origine ethnique ainsi que les caractéristiques biologiques et génétiques. importantes à la grandeur du pays. Ces inégalités ne sont pas réparties aléatoirement, mais plutôt selon des groupes bien précis (les Autochtones, p. ex.), selon le sexe, selon le niveau de scolarisation et de revenu, et selon d'autres indicateurs des désavantages ou des inégalités des chances.

Les plus importantes conséquences des disparités sur le plan de la santé sont la mort, la maladie et l'invalidité évitables. Elles touchent la société canadienne dans son ensemble et vont à l'encontre des valeurs canadiennes.

FIGURE 20 : Proportion et nombre de mortalités attribuables au tabagisme au Canada, par sexe, 1998



Source : Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. « La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions », 1998. *La revue canadienne de santé publique*, volume 95, n° 1, 2004.

Les disparités sur le plan de la santé sont manifestes dans les modes d'usage du tabac. Par exemple, selon les données de l'ESUTC de 2003, les fumeurs canadiens sont répartis comme suit : chez les groupes ayant les plus faibles revenus, 33,7 % sont des femmes et 44,5 % sont des hommes, tandis que chez les groupes ayant les revenus les plus élevés, 21,2 % sont des femmes et 22,1 % sont des hommes. Les données de l'ESUTC de 2004 révèlent que 43 % des fumeurs ont terminé leurs études secondaires ou moins, tandis que 35 % ont terminé des études collégiales ou universitaires.

Les spécialistes qui étudient les disparités au chapitre de la santé entre les hommes et les femmes font maintenant la distinction entre le genre et le sexe. Le sexe concerne exclusivement les caractéristiques biologiques et physiologiques qui définissent les hommes et les femmes. En revanche, le genre signifie les rôles, les comportements, les activités et les attributs que la société construit pour les hommes et les femmes et considère appropriés pour eux. On apprend typiquement ces rôles et ces comportements en grandissant, et on apprend à les identifier comme soit « féminins », soit « masculins ».

En 2004, Santé Canada a commandé une étude des ouvrages de recherche récents concernant le genre et l'usage du tabac. Le recueil qui en a résulté, intitulé *Le genre et l'usage du tabac : une bibliographie commentée*, regroupe des ouvrages de recherche publiés entre 2000 et 2005 dans plusieurs pays à revenus élevés tels que l'Australie, le Canada, les pays de l'Union européenne, la Nouvelle Zélande et les États-Unis. Au total, 65 publications sont comprises dans la bibliographie commentée.

Les disparités sur le plan de la santé sont manifestes dans les modes d'usage du tabac. Par exemple, selon les données de l'ESUTC de 2003, les fumeurs canadiens sont répartis comme suit : chez les groupes ayant les plus faibles revenus, 33,7 % sont des femmes et 44,5 % sont des hommes, tandis que chez les groupes ayant les revenus les plus élevés, 21,2 % sont des femmes et 22,1 % sont des hommes. Les données de l'ESUTC de 2004 révèlent que 43 % des fumeurs ont terminé leurs études secondaires ou moins, tandis que 35 % ont terminé des études collégiales ou universitaires.

Les spécialistes qui étudient les disparités au chapitre de la santé entre les hommes et les femmes font maintenant la distinction entre le genre et le sexe. Le sexe concerne exclusivement les caractéristiques biologiques et physiologiques qui définissent les hommes et les femmes. En revanche, le genre signifie les rôles, les comportements, les activités et les attributs que la société construit pour les hommes et les femmes et considère appropriés pour eux. On apprend typiquement ces rôles et ces comportements en grandissant, et on apprend à les identifier comme soit « féminins », soit « masculins ».

En 2004, Santé Canada a commandé une étude des ouvrages de recherche récents concernant le genre et l'usage du tabac. Le recueil qui en a résulté, intitulé *Le genre et l'usage du tabac : une bibliographie commentée*, regroupe des ouvrages de recherche publiés entre 2000 et 2005 dans plusieurs pays à revenus élevés tels que l'Australie, le Canada, les pays de l'Union européenne, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis. Au total, 65 publications sont comprises dans la bibliographie commentée.

Bien que la plupart des chercheurs interprètent leurs résultats avec la plus grande prudence, il semble de plus en plus probable que les hommes et les femmes commencent à fumer pour des raisons différentes. Il y a aussi des preuves qui laissent croire que les hommes et les femmes arrêtent de fumer pour des raisons différentes aussi, et qu'il faut adapter les stratégies de cessation au genre aussi bien qu'à l'âge.

Des facteurs biopsychosociaux semblent exercer une grande influence sur les femmes et les adolescentes, les incitant à commencer et à continuer de fumer. En fait, dans plusieurs études, on a constaté que le prédicteur le plus répandu du tabagisme chez les filles et les femmes est la préoccupation du poids et surtout « l'élan vers la minceur ».

Le tabagisme comme moyen de rehausser son image sociale, de se lier avec ses pairs et de maîtriser son humeur semble être plus important pour les adolescentes que pour les adolescents. Les chercheurs suggèrent également que les filles ont moins de ressources sociales que les garçons pour se faire une image de soi positive.

L'industrie du tabac a certainement profité de ses connaissances des raisons pour lesquelles les jeunes commencent à fumer. Elle a représenté le tabagisme comme le symbole même de l'indépendance, de l'élégance et de l'égalité, et a passé beaucoup d'annonces dans les magazines destinés à une population féminine. Elle a également créé des images de marque pour exploiter des créneaux du marché. Par exemple, l'industrie a non seulement créé certaines marques « légères » et, dans la publicité, les a présentées comme élégantes et sophistiquées, afin d'attirer les adolescentes, mais a aussi fait la promotion d'autres marques comme étant excitantes et hardies, afin d'attirer les jeunes hommes et femmes de la classe ouvrière.

Certaines études semblent indiquer que les taux de cessation sont plus faibles chez les femmes. Cependant, nous savons déjà que les programmes de cessation ne sauraient être efficaces pour tout le monde. Ce qui est efficace chez les adultes ne le sera pas forcément chez les jeunes. En outre, les interventions visant à encourager la cessation devraient peut-être se faire en tenant davantage compte des variations dans les stress qu'éprouvent les femmes, par exemple la grossesse, le fait d'être chef d'une famille monoparentale, et la ménopause.

On aura peut-être besoin d'interventions en matière de cessation et de prévention afin de combattre les facteurs biopsychosociaux déjà mentionnés ainsi que les problèmes de l'estime de soi. La recherche effectuée jusqu'à présent indique l'intérêt de modifier les stratégies et techniques de lutte contre le tabagisme, mais il faut encore approfondir la recherche et l'analyse. Nous avons besoin d'une orientation claire et pratique, fondée sur des preuves scientifiques, sur la meilleure façon de bien intégrer le concept de genre aux politiques et programmes, surtout dans les contexte où on constate une volonté manifeste de réduire les disparités au chapitre de la santé.

ÉVOLUTION VERS UNE SOCIÉTÉ SANS TABAC

En 1999, le Canada a publié une stratégie révisée pour combattre le tabagisme, *Nouvelle orientation pour le contrôle du tabac au Canada – Une stratégie nationale*. Dans la stratégie révisée, on a retenu trois buts adoptés depuis longtemps en vue de lutter contre le tabagisme : la prévention, afin de dissuader les jeunes de commencer à fumer, la cessation, ou des démarches pour aider les fumeurs à abandonner le tabac, et la protection, ou les efforts pour assurer des environnements sans fumée. Dans la stratégie révisée, on a ajouté un quatrième but, à savoir la dénormalisation, ou l'éducation des Canadiens au sujet des stratégies et tactiques de marketing de l'industrie du tabac, et au sujet des effets du tabagisme sur la santé.

Prévention

Bien qu'un nombre croissant de personnes aient cessé de fumer au Canada, le marché des produits du tabac continuera de se renouveler si nous ne pouvons pas convaincre les jeunes de ne jamais commencer de fumer.

Bien que l'on s'engage sur plusieurs voies en vue d'atteindre ce but, la restriction de la vente des produits du tabac aux jeunes est cruciale. Au niveau fédéral et dans toutes les provinces, il y a des limites d'âge en ce qui concerne la vente du tabac afin de dissuader les jeunes de fumer.

TABLEAU 1 : Surveillance de la conformité des détaillants, par province et territoire, janvier à décembre 2004

	VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ[1]
T.-N.-L.	1 198
Î.P.-É.	584
N.-É.	1 310
N.-B.	1 967
Qué.[a]	4 045
Ont.	5 408
Man.	1 824
Sask.	1 383
Alta.	1 812
C.-B.	14 123[c]
Yu.	83
T.N.-O.	60
Nun.	0
TOTAL	**30 367**

Source : Santé Canada, Programme de la lutte au tabagisme, Bureau de la réglementation et de la conformité

On vérifie la conformité et on assure l'application par le biais d'inspections et de vérifications de la conformité. Étant donné que le Canada (y compris les deux territoires) compte quelque 65 000 points de vente de tabac, assurer la conformité exige de grands efforts. En 2004, on a effectué plus de 30 000 vérifications de la conformité (tableau 2). La collecte des données relatives à la conformité varie d'une province et d'un territoire à l'autre; parfois des inspecteurs fédéraux s'en occupent; parfois des inspecteurs provinciaux s'en chargent. En outre, certaines provinces font plus d'une visite chez le même détaillant, certaines visites ayant comme objectif de sensibiliser le détaillant plutôt que de vérifier la conformité.

Au Nunavut, les activités visant à assurer la conformité ont débuté par la création d'enseignes que l'on doit afficher partout où le tabac se vend, afin d'aider les détaillants à se conformer au règlement. En outre, une trousse sur le tabac a été envoyée à chaque détaillant de tabac. Ce document est présenté, en français, en inuktitut et inuinnaqtun.

Cessation

Arrêter de fumer représente un défi de taille : le tabac est une substance qui entraîne une dépendance sérieuse. Cependant, au cours des deux dernières décennies, nous avons appris beaucoup concernant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux de l'usage du tabac.

Parmi les outils de cessation les plus récents, mentionnons des programmes sur Internet et des lignes téléphoniques pour encourager les gens à s'arrêter de fumer. Ces ressources fournissent des renseignements, de la motivation et du soutien aux fumeurs partout au Canada. Toutes les provinces et le Yukon disposent maintenant de lignes d'aide sans frais qui font partie d'un réseau national de ressources disponibles pour aider les gens à arrêter de fumer.

Les interventions en matière de cessation deviennent de plus en plus variées à mesure que nous apprenons à les adapter aux besoins de groupes particuliers, qu'il s'agisse de jeunes, de femmes enceintes ou d'utilisateurs de tabac à mâcher. D'autres documents sur la cessation sont voie d'être traduits, non seulement dans les deux langues officielles du Canada, mais aussi dans des langues aussi différentes que le farsi, le punjabi, le chinois, le vietnamien et l'espagnol.

Protection

Au cours de cinquante années de recherche, on a établi que la fumée de la cigarette contient plus de 4 000 produits chimiques, y compris du monoxyde de carbone, du formaldéhyde, du benzène et de l'acide cyanhydrique. Ce mélange est très nocif pour la santé, non seulement des fumeurs, mais pour celle des personnes qu'ils côtoient. La santé des non-fumeurs exposés à la fumée de cigarette est aussi compromise que celle des fumeurs. L'année dernière, plus de 1 000 Canadiens non-fumeurs sont morts de causes attribuables au tabac.

La plupart des provinces et des territoires et plus de 300 municipalités canadiennes et gouvernements régionaux ont adopté des lois ou des règlements antitabac. Cependant, il y a toujours des lacunes dans ce mécanisme de protection, notamment au niveau des quelque trois millions de Canadiens et Canadiennes qui travaillent dans les restaurants et les bars. L'année dernière, le Nouveau-Brunswick a assuré la protection contre la fumée secondaire en milieu de travail intérieur en adoptant sa *Loi sur les endroits sans fumée*. Pour sa part, la Saskatchewan a modifié sa *Tobacco Control Act* pour exiger que les espaces publics fermés soient libres de fumée et pour donner aux municipalités la compétence nécessaire pour adopter des règlements municipaux en vue d'interdire le tabac dans les espaces en plein air, tels que les terrains de sport, et l'entrée aux espaces publics.

La vérification de la conformité aux lois interdisant de fumer est assurée de différentes manières selon l'administration et peut comprendre des activités coordonnées. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, la *Loi sur les endroits sans fumée* est appliquée conjointement par les inspecteurs de la santé publique, les inspecteurs de permis d'alcool et les inspecteurs en hygiène professionnelle. Entre octobre 2004 et mars 2005, il ont traité 156 infractions signalées, dans une proportion de 56, 75 et 25 respectivement.

Grâces aux efforts de personnes comme Heather Crowe, les risques de la fumée secondaire sont généralement mieux connus et reconnus. Heather Crowe n'a jamais fumé, mais elle a passé toute sa vie professionnelle à respirer de la fumée secondaire dans le restaurant où elle travaillait. À l'âge de 57 ans, elle a contracté le cancer du poumon. Son histoire est beaucoup plus probante que n'importe quelles statistiques.

Dénormalisation

La dénormalisation exige une démarche concertée. Tout d'abord, l'information sur le caractère dangereux et le facteur de dépendance de l'usage du tabac classe le tabagisme parmi les activités des plus indésirables. En deuxième lieu, on encourage les individus, et surtout les adolescents, à considérer l'usage du tabac comme inacceptable en société. Finalement, on sensibilise les Canadiens aux stratégies et aux tactiques de marketing employées par l'industrie du tabac. Même les très jeunes enfants ont besoin de comprendre les techniques du marketing pour pouvoir résister à l'attrait des liens factices que l'industrie cherche à établir entre le tabagisme et la popularité, l'élégance et la rébellion contre la conformité.

La *Loi sur le tabac* de 1997 impose des restrictions globales sur toute la promotion des produits du tabac, y compris l'interdiction de la publicité sociétale et des promotions des commandites. Il est interdit d'offrir gratuitement des produits du tabac, et les promotions de vente sont restreintes. Six provinces ont maintenant des lois qui prévoient des restrictions sur différents types de publicité, d'étalage ou de promotion des produits du tabac.

PROGRÈS RÉALISÉS PAR RAPPORT AUX ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les buts de la Stratégie nationale, à savoir la prévention, la cessation, la protection et la dénormalisation, sont liés entre eux, de sorte que de nombreuses initiatives de lutte contre le tabagisme se recoupent même quand elles sont conçues pour atteindre un but unique. Par exemple, la loi qui crée des environnements sans fumée protège les gens des effets nuisibles de la fumée secondaire et appuie ceux et celles qui cherchent à arrêter de fumer. Elle favorise également la dénormalisation. Par exemple, en Colombie-Britannique, depuis de nombreuses années, des poursuites attirent l'attention du public sur les dangers pour la santé associés au tabagisme et sur les moyens stratégiques dont se sert l'industrie pour minimiser la situation. Les efforts déployés par la Colombie-Britannique encouragent les autres provinces à intenter des poursuites dans le but de recouvrer les coûts des soins de santé. Cela pourrait entraîner une démarche concertée et unie qui réduirait le chevauchement. Étant donné que ces effets se chevauchent, il est plus facile de grouper les initiatives par orientation stratégique.

Les cinq orientations stratégiques sont :

- politiques et lois;
- éducation du public;
- responsabilité de l'industrie et surveillance des produits;
- recherche, évaluation et surveillance;
- renforcement et soutien de la capacité d'agir.

La croissance et l'élaboration d'initiatives antitabac au cours des cinq dernières années sont telles qu'il est impossible d'en présenter plus que quelques-unes pour illustrer les types d'efforts déployés.

Politiques et lois

Le Canada est renommé dans le monde entier pour avoir réussi à réglementer l'industrie du tabac. À tous les niveaux – fédéral, provincial, territorial et municipal – on a adopté et mis en œuvre des lois qui ont permis de lutter efficacement contre le tabagisme. Chaque année, on ajoute ou modifie des lois dans ce domaine. L'élaboration de politiques et de stratégies joue également un rôle critique dans la lutte antitabac.

Au moment de la publication du premier rapport *Aller vers l'avant* en 2001, le Canada participait aux efforts dirigés par l'Organisation mondiale de la Santé pour élaborer une convention internationale sur la lutte antitabac. Le Canada était parmi les 40 premiers pays à ratifier avec succès la Convention cadre pour la lutte antitabac, qui est le premier traité mondial concernant la santé publique. La Convention est entrée en vigueur le 27 février 2005.

PROMULGATION ET MODIFICATION DE LOIS

En juin 2004, le **Nouveau-Brunswick** a présenté sa *Loi sur les endroits* sans fumée, qui est entrée en vigueur le 1er octobre 2004. Il sera dorénavant interdit de fumer sur les terrains d'écoles, dans les commerces de détail, dans les salles communautaires, les centres de conférences, les arénas sportifs, les établissements d'enseignement, les salles de bingos, les bars, les restaurants et tous les milieux de travail intérieurs. La *Loi* ne permet pas de désigner des fumoirs dans les établissements publics ou les milieux de travail, sauf dans des établissements résidentiels (les centres d'accueil, les foyers de soins spéciaux, p. ex.) ou dans des établissements d'hébergement touristiques.

Le 6 décembre 2004, le gouvernement de **Terre-Neuve-et-Labrador** annoncait son intention d'adopter une loi interdisant de fumer dans les bars, les clubs et les salles de bingo. Les consultations, qui se sont déroulées du 2 au 25 février 2005 à travers la province, ont aidé le gouvernement à fixer des dates cibles pour la mise en oeuvre et ont permis aux individus et aux organisations de donner leur point de vue et de soumettre leurs commentaires sur la meilleure approche à adopter pour rencontrer l'objectif visé. La nouvelle *Smoke Free Environment Act (2005)* interdisant l'usage du tabac dans les bars et les salles de bingo devrait entrer en vigueur le 1er juillet 2005.

En 1998, la *Loi sur le tabac* du **Québec** est entrée en vigueur. Cette loi exige notamment que le ministre de la Santé et des Services sociaux remette un rapport au gouvernement avant le mois d'octobre 2005. Afin de préparer la présentation de mesures destinées à renforcer la *Loi*, on a tenu une consultation publique entre le 11 janvier et le 25 février 2005.

Le 1er octobre 2004, le **Manitoba** a introduit, une interdiction provinciale de fumer dans tous les lieux publics fermés et les lieux de travail intérieurs où le gouvernement provincial jouit d'une compétence non équivoque.

La **Saskatchewan** a modifié sa *Tobacco Control Act* en juin 2004. Cette loi comprend maintenant des dispositions exigeant que les lieux publics fermés soient sans fumée à compter du 1er janvier 2005, ainsi que des dispositions accordant aux municipalités la compétence nécessaire pour adopter des règlements municipaux interdisant le tabac dans les espaces en plein air, tels que les terrains de sport, et l'entrée aux places publiques. La loi et ses règlements interdisent également de donner des cigarettes à une personne de moins de 18 ans, ainsi que l'étalage et la promotion de produits du tabac dans les endroits auxquels les jeunes ont accès et où le tabac est vendu. Finalement, cette législation prévoit des amendes et des suspensions pour les détaillants et les employés qui vendent des produits du tabac aux personnes de moins de 18 ans et pour les individus et les propriétaires qui fument ou qui permettent de fumer dans des endroits publics fermés.

En **Alberta**, la *Prevention of Youth Tobacco Use Amendment Act* et son règlement ont été promulgués en septembre 2004. Cette législation interdit la possession ou l'usage du tabac dans un endroit public par un jeune de moins de 18 ans. Sont exemptés de ces textes de loi les jeunes autochtones qui se servent du tabac dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle, les jeunes enquêteurs comparatistes qui vérifient si les détaillants se conforment à la loi, et les jeunes qui vendent des produits de tabac dans le cadre d'un emploi.

Le gouvernement de l'**Ontario** a déposé une nouvelle loi en décembre 2004. La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* interdira l'usage du tabac dans tous les lieux publics clos et les lieux de travail à compter du 31 mai 2006.

En 2004, le gouvernement de l'**Île-du-Prince-Édouard** a tenu des audiences publiques pour solliciter les opinions des gens quant à la vente aux détails des produits de tabac. Plusieurs citoyens ainsi que bon nombre d'organismes ont présenté leurs positions à cet égard au Comité permanent du développement social. Des modifications furent proposées pour renforcer la présente loi *Tobacco Sales to Minors Act* ainsi qu'interdire la vente de produits de tabac dans les endroits désignés. Les modifications au projet de loi ont reçu la sanction royale le 16 décembre, 2004. Enfin, pour tenir compte de l'ampleur des modifications apporter, la loi sera renommé *Tobacco Sales and Access Act*.

Le 30 mars 2005, **Terre-Neuve-et-Labrador** a augmenté les taxes sur le tabac de 2,00 $ par cartouche de 200 cigarettes et de 5,00 $ par 200 cigarettes roulées à la main (100 g). C'est un premier pas visant à éliminer une faille dans la réglementation qui permet d'imposer une taxe plus faible sur les cigarettes roulées à la main que sur les cigarettes fabriquées.

Depuis le mois de novembre 2003, l'**Ontario** a augmenté les taxes sur le tabac trois fois, la hausse cumulative pour une cartouche étant de 6,25 $. Cette hausse porte les taxes sur le tabac en Ontario près de la moyenne nationale.

Terre-Neuve-et-Labrador a renouvelé sa stratégie antitabac et a établi des priorités pour les années 2005 à 2008. La stratégie, dirigée par l'Alliance pour la lutte contre le tabagisme en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services communautaires et d'autres partenaires importants, prévoit l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à faire baisser les taux de tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes, à réduire l'exposition à la fumée secondaire et à élaborer une démarche coordonnée pour encourager la cessation.

En janvier 2005, la **Nouvelle-Écosse** a publié son premier rapport d'étape sur sa stratégie de lutte contre le tabagisme. Le rapport faisait le point sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre, entre octobre 2001 et mars 2004, de tous les éléments de la stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme. Au cours de cette période, on a pris des mesures par rapport à tous les éléments de la stratégie, et les taux de tabagisme chez les jeunes et les adultes avaient baissé.

Le 31 mai 2005, l'**Ontario** a annoncé l'allocation de 50 millions de dollars pour l'exercice 2005-2006, en vue de l'élaboration d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme, à savoir la stratégie pour un Ontario sans fumée. Ce montant représente l'investissement le plus important dans la lutte antitabac de l'histoire de la province.

En **Alberta**, la stratégie relative à l'usage du tabac par les Autochtones a été mise en œuvre pour cibler le tabagisme chez les Autochtones habitant à l'extérieur des réserves. Au cours de l'exercice 2004-2005, on a accordé 16 subventions à des groupes communautaires autochtones de l'extérieur des réserves pour les aider à mener des activités en matière de prévention, de réduction, de cessation et de protection. On a élaboré plusieurs ressources dans le cadre de cette stratégie, y compris le vidéo intitulé *The Sacred Use of Tobacco* [L'usage sacré du tabac], produit par un aîné du Cercle d'orientation. Ce vidéo est maintenant mis à la disposition des groupes autochtones.

En **Nouvelle-Écosse**, l'autorité sanitaire du district de santé de la capitale a établi une politique d'interdiction totale du tabac dans ses établissements de santé mentale. En janvier 2005, les fumoirs dans les établissements de santé mentale ont été fermés, et les produits du tabac y sont maintenant interdits.

Un comité de professionnels de la santé mentale a élaboré et mis en œuvre cette politique avec le concours des Services de prévention et de traitement de la toxicomanie. Ils ont tenu compte d'un bon nombre de facteurs clés concernant les soins et le confort des patients, ont élaboré

des protocoles de gestion du sevrage et ont mis sur pied des groupes de soutien pour l'intervention contre le tabagisme. Le personnel a reçu une formation, les familles se sont vues offrir des tribunes libres, et les patients ont bénéficié de plus d'activités récréatives, de plus d'équipement et d'un plus grand nombre d'activités. Des thérapies axées sur le remplacement de la nicotine sont également disponibles.

Le 19 janvier 2005, la Cour suprême du Canada a donné raison à la **Saskatchewan** en concluant qu'il n'y a pas de contradiction entre la *Tobacco Control Act* de la province et la *Loi sur le tabac* fédérale. Ce jugement a confirmé l'article 6 de la loi de la Saskatchewan et a permis d'interdire l'étalage du tabac et des produits connexes dans les établissements auxquels les jeunes ont accès.

En mai 2004, la Cour d'appel de la **Colombie-Britannique** a maintenu à l'unanimité le droit de la province de poursuivre l'industrie du tabac et a conclu que la *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* est constitutionnelle.

Le but de ce cadre stratégique est de veiller à ce que les Canadiens aient accès à des renseignements sur le tabac et les services qui favorisent la prévention, la cessation, la protection et le dénormalisation.

Nous commençons à fournir des renseignements et des services, non seulement dans les deux langues officielles du Canada, mais aussi dans les différentes premières langues que l'on retrouve dans notre population multiculturelle.

Au Manitoba, **Santé Canada** a subventionné un centre bilingue de ressources en santé où l'on a réalisé un DVD/vidéo en langue française où les acteurs donnaient des monologues comiques. Les acteurs sont tous des anciens fumeurs qui parlent de leurs expériences de l'abandon du tabac.

En **Colombie-Britannique**, QuitNow by Phone [Arrêtez maintenant par téléphone], un projet réalisé en partenariat avec l'Association du poumon de la Colombie-Britannique et la société Clinidata, fonctionne maintenant sept jours sur sept, 24 heures sur 24 pour aider les personnes qui téléphonent à obtenir de l'aide au moment où elles en ont le plus besoin. On peut aussi avoir accès au service dans la langue de son choix par l'entremise d'un service qui traduit dans plus de 130 langues. Ceux et celles qui appellent Quitnow by Phone ont accès à des infirmiers et des infirmières spécialement formés, qui donnent aux appelants des conseils basés sur un protocole de soins étape par étape conçu par le D Paul McDonald de l'Université de Waterloo.

Dans la région de la Colombie-Britannique et du Yukon, **Santé Canada** a financé la traduction d'une brochure sur la cessation en six langues : farsi, punjabi, français, chinois, vietnamien et espagnol.

Entre 2003 et 2004, **la section du Nouveau-Brunswick** de la **Société canadienne du cancer** et la **Coalition du Nouveau-Brunswick pour combattre le tabagisme** ont lancé la campagne médiatique bilingue « Oui, je m'y objecte » pour encourager les non-fumeurs à « prendre la parole » en faveur d'une loi prévoyant des espaces entièrement sans fumée. La ligne téléphonique sans

frais et le site Web de l'initiative ont reçu plus de 36 000 réponses. Quand la *Loi sur les endroits sans fumée* est entrée en vigueur en octobre 2004, on a lancé deux campagnes médiatiques bilingues. La première était axée sur le thème « Vos endroits favoris deviennent encore mieux » pour appuyer les entreprises locales de l'accueil, et cette campagne a été suivie par une autre sur le thème « Profitez d'un Nouveau-Brunswick sans fumée ».

Le **Nunavut** a lancé une campagne médiatique à la radio concernant la réduction des effets néfastes, la sensibilisation et les méthodes de cessation. Dans chaque message d'intérêt public, deux femmes interprètes de chant guttural chantaient lentement « Arrêtes de fumer » en sourdine, plaçant ainsi la réduction du tabagisme dans un cadre culturel bien connu des Nunavummiut.

RÉPONDRE AUX BESOINS DES GROUPES PARTICULIERS

Les programmes deviennent plus pointus en ciblant les besoins particuliers de groupes très précis. Comme nous l'avons mentionné dans la section sur le genre, le sexe et le tabagisme, la grossesse est un facteur de stress particulier dans la vie des femmes. On est en train d'élaborer des services conçus spécialement pour répondre aux besoins des femmes pendant la grossesse.

Au **Nunavut**, on a préparé des « trousses de cessations spécialement conçues pour les femmes nunavummiut enceintes. Ces trousses contenaient des renseignements sur les effets du tabagisme sur elles-mêmes et sur leur bébé, des conseils pour arrêter de fumer, une liste de services où elles pouvaient obtenir de l'aide, ainsi que des articles utiles comme une bouteille à eau, une brosse à dents, de la pâte dentifrice et des bavoirs pour bébés.

En **Alberta** le comité consultatif sur la cessation du tabagisme pendant la grossesse a aidé à élaborer plusieurs ressources, y compris le livret de conseils à suivre à l'intention des femmes enceintes qui fument, « Small Steps Matter » [Un pas à la fois ça fait une différence], le vidéo « A Time to Quit » [C'est le moment d'arrêter], un guide de discussion, et un cours d'éducation médicale continu sur la réduction du tabagisme, offert par le Collège des médecins de famille du Canada.

Un partenariat entre **Santé Canada**, l'**Université de la Colombie-Britannique**, le **Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie Britannique**, l'**Université Dalhousie** et la **Colombie-Britannique** a produit le document *Expecting to Quit* [Vous songez à cesser de fumer?], qui examine l'efficacité des stratégies pour la cessation du tabagisme pendant la grossesse et durant la période post-partum.

La cigarette n'est pas le seul moyen qui mène à l'accoutumance au tabac. Les garçons qui font partie d'équipes sportives sont à risque élevé de consommer le tabac à mâcher, et il faut trouver des moyens de dissuasion dans ce domaine.

Le programme d'éducation en matière de tabac à mâcher de l'**Alberta** (ASTEP) a fourni des crédits à sept bureaux pour prendre pour qu'il prennent des initiatives communautaires en vue de réduire l'emploi du tabac à mâcher. On a utilisé ces crédits pour mettre au point des ressources ayant des messages concernant le tabac à mâcher, et on a appuyé des activités locales de réduction de l'utilisation du tabac à mâcher auprès des équipes sportives, dont les membres sont à risque élevé d'utiliser ce produit. Les membres des associations des hygiénistes dentaires de l'Alberta ont reçu un guide d'autoapprentissage sur les effets nuisibles du tabac à mâcher. Le guide suggère également des moyens d'apprendre à leurs patients les effets néfastes du tabac à mâcher.

L'**Île-du-Prince-Édouard** a lancé sa première campagne sur le thème « Arrêter et gagner – Ne pas commencer et gagner », et 2 905 habitants de la province s'y sont inscrits en promettant de ne pas fumer pendant le mois de mai 2004. De ce nombre, 329 ont promis de cesser de fumer complètement; ils représentent 1,4 % de tous les fumeurs de l'Île. Un fait marquant de la campagne a été la réponse des adolescents : 10 % des fumeurs adolescents de l'Île se sont inscrits à la campagne « Arrêter et gagner ». Les résultats d'évaluation ont indiqué que plus de 70 % des participants ont réussi à arrêter de fumer pendant le mois de la campagne, et que plus de 30 % ne fumaient toujours pas au moment du suivi trois mois plus tard. Pour le concours, on a adopté comme point de contact la ligne d'aide gratuite de l'Î.-P.-É. pour la cessation du tabagisme, et pendant ce mois-là, cette ligne d'aide a reçu trois fois le nombre normal d'appels.

La campagne du **Québec** de 2005, « J'arrête, j'y gagne », a attiré 32 015 participants.

À l'automne 2004, la **Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco** [Alliance de Terre-Neuve-et-Labrador pour la lutte contre le tabagisme] a mis en œuvre la campagne médiatique ayant pour thème « Fermons la porte à la fumée secondaire ». Durant la campagne, on a demandé à toute la population de Terre-Neuve-et-Labrador de « prendre la parole » pour appuyer l'interdiction totale du tabac dans tous les espaces publics intérieurs et les lieux de travail, notamment les bars et les salles de bingo. On a distribué plus de 10 000 affiches par l'entremise des médecins, des infirmiers et des infirmières, des écoles, des hôpitaux, des syndicats et d'autres organisations. Le site Web a enregistré 24 000 votes en faveur de l'interdiction totale du tabac dans les espaces publics et lieux de travail. Plus de 2 500 personnes ont téléphoné au numéro sans frais pour exprimer leur appui. La campagne a connu un tel succès que lorsque le gouvernement a annoncé qu'il allait interdire aux gens de fumer dans tous les espaces publics intérieurs et les lieux de travail, en décembre, il a cité le slogan de la campagne.

La **Nouvelle-Écosse** a lancé une campagne sur le thème « Pas de fumée autour de moi » pour sensibiliser le public aux dangers de la fumée secondaire à domicile. Cette campagne a été appuyée par une brochure et un autocollant sur lequel figurait la mention « Foyer sans fumée ». Ces articles ont été envoyés par la poste à tous les ménages de la province. La campagne avait été élaborée au départ par les services de santé publique à Guysborough, dans le détroit d'Antigonish, et par les instances sanitaires du district du Cap Breton. L'évaluation a été si positive qu'on a fini par étendre la campagne à la province entière.

La stratégie de réduction du tabagisme de l'**Alberta** comprend une campagne permanente de sensibilisation du public, dans le cadre de laquelle on élabore des messages de sensibilisation d'intérêt public pour diffusion dans les médias de masse. Selon les premières évaluations de la campagne effectuées par la société IPSO Reid, celle-ci a été très fructueuse au cours des trois dernières années et le degré de mémorisation des messages sur la santé a dépassé de loin le seuil normal.

La **Fondation des maladies du cœur de la C.-B./Yukon** est le moteur du projet « Drifting Tobacco Smoke in Multi-Family Dwellings: A Project for Raising Awareness and Disseminating Information on Protecting People from Exposure to Second-Hand Smoke in the Home. » [Circulation de la fumée du tabac dans les immeubles résidentiels : un projet pour sensibiliser, diffuser les renseignements et protéger les gens contre l'exposition à la fumée secondaire chez

eux.] Ce projet vise à sensibiliser les gens à la présence de la fumée secondaire indésirable qui s'infiltre dans des résidences privées depuis les logements avoisinants dans des immeubles résidentiels. On distribue des renseignements aux communautés concernant les mesures à prendre pour réduire au minimum ou éliminer la fumée qui circule.

Dans le cadre du programme BLAST - Building Leaders for Action in Schools Today [Préparer des leaders pour l'action dans les écoles aujourd'hui] - et d'autres programmes semblables à l'intention des jeunes, on a découvert l'attrait de camps, de conférences et de fins de semaine hors de chez soi. Les adolescents apprennent des choses, se lient d'amitié et s'amusent tout en renforçant leur volonté de ne pas fumer.

Les **Territoires du Nord-Ouest** ont tenu leur troisième conférence BLAST pour les élèves de la 7e à la 9e année. Au cours de cette conférence de deux jours, les participants ont l'occasion de se renseigner sur le du tabac et d'acquérir des compétences en matière de leadership et de planification. Par la suite, les jeunes reviennent dans leur milieu et aident à sensibiliser leurs pairs au tabagisme et à réduire ainsi l'usage du tabac. Ce modèle de leadership chez les jeunes a mené à divers projets à l'intention des jeunes, y compris trois conférences sur le tabac tenues pendant le week-end et parrainées par les écoles.

Le groupe des jeunes MYATT (équipe de jeunesse action du ministre sur le tabac) de **Nunavut** a tenu son atelier annuel. Les membres ont été formés aux techniques d'intervention avec un minimum de contact, à employer dans leurs milieux et dans des situation de tous les jours.

En **Alberta**, on a organisé des camps BLAST à quatre endroits, et un total de 270 étudiants y ont participé. Les étudiants ont appris des choses concernant la réduction du tabagisme, la création d'équipes, le leadership, la responsabilisation personnelle et la défense des droits. Au total, on a subventionné 34 projets.

La Conférence de la jeunesse de la **Saskatchewan** a eu lieu en novembre 2004, dans un cadre rural, et a attiré 79 personnes adultes et jeunes de la 6e à la 9e année. Plusieurs jeunes ont voyagé jusqu'à 13 heures depuis les réserves du Nord pour assister à la conférence. On a organisé, pour les participants, des séances sur les zones scolaires sans fumée, les effets néfastes du tabac sur la santé, le leadership et l'estime de soi.

La Conférence de la jeunesse du **Manitoba** a eu lieu en novembre 2004, dans le cadre d'un camp rural, et 59 jeunes de la 9e à la 12e année y ont participé. Au cours de la fin de semaine, ils ont participé à des séances concernant les données sur l'industrie du tabac, les effets indésirables du tabac sur la santé, les lois manitobaines pour lutter contre le tabagisme, et les images de soi positives. Des séances étaient également disponibles en français.

Young Spirits: Proud to be Tobacco Free [Les jeunes esprits : fiers d'être libres du tabac] est une initiative antitabac de trois ans qui est subventionnée en partie par **Santé Canada**. Les deux composants de l'initiative sont un module scolaire destiné aux élèves de la 5e à la 9e année, pour les encourager à élaborer et à mettre en œuvre un projet antitabac, et une campagne de publicité à la radio à l'échelle de la Saskatchewan, avec le concours de la société de radiodiffusion Missinipi. La campagne radiophonique de cette année s'est déroulées de la mi-janvier à la fin de mars 2005. C'est la dernière année de l'initiative.

La **Medical Society of PEI** [la société des médecins de l'Î.-P.-É.], qui est membre de l'Alliance de l'Î.-P.-É. pour la réduction du tabagisme, a mené une initiative de sensibilisation, Staying Smoke Free [Rester sans fumée], qui a connu beaucoup de succès. Dans le cadre de cette initiative, des médecins font une présentation sur la prévention du tabagisme à toutes les classes de 6e année dans la province. Les présentations sont accompagnées d'une brochure et de deux vidéos, un pour les étudiants et l'autre pour leurs parents. Dans les vidéos, des adolescents locaux, y compris des membres des clubs de prévention SWITCH, parlent directement aux jeunes et à leurs parents.

Le 28 janvier 2005 à Montréal, **Québec**, 500 étudiants du secondaire on assisté à « Être allumé », une présentation pluridisciplinaire qui a mis en vedette 10 artistes québécois. Musique Plus a diffusé trois fois une version du spectacle d'une heure, et le spectacle a été diffusé sur Internet par le site Web de l'organisation Les Gangs allumées. Les Gangs allumées sont des jeunes à travers le Québec qui organisent des projets de lutte contre le tabagisme. Il s'agit d'environ 300 projets par an.

Le site Web de l'**Ontario** « stupid.ca », qui vise les adolescents âgés de 12 à 15 ans, a reçu plus de 500 000 visites individuelles. Ce site Web fait partie d'une campagne de prévention multimédia qui vise les jeunes et qui comprend des annonces publicitaires à la télévision et dans les revues. Le site « stupid.ca » a rapporté plusieurs prix nationaux et internationaux pour sa publicité et sa conception. Qui plus est, 84 % des jeunes âgés de 12 à 15 ans qui ont participé à un sondage ont déclaré que « stupid.ca » était hautement efficace en communiquant des messages importants concernant la prévention du tabagisme chez les jeunes et les dangers liés à cette pratique. La mémorisation était élevée : 51 % des répondants se souvenaient toujours du site « stupid.ca » à la fin de la campagne publicitaire.

Entre septembre et décembre 2004, le **Manitoba** a offert son programme « Réviser et classer » dans 800 écoles. Plus de 31 000 élèves de la 6e année à la 12e ont regardé 12 annonces télévisées antitabac et ont voté pour celle qu'ils trouvaient la plus efficace. L'annonce qui est arrivée en première position, avec plus de 8 009 votes, a été diffusée par les chaînes de télévision du Manitoba au mois de mars 2005.

En 2004 et 2005, la campagne « Don't be a Butthead, be Smokefree » des **Territoires du Nord-Ouest** a été une activité importante de lutte contre le tabagisme. Dans cette campagne, un personnage comique, « Butthead », envoie un message sérieux à des jeunes de 6 à 14 ans. Elle vise surtout à motiver les enfants non fumeurs à ne jamais toucher au tabac de leur vie. Un objectif clé était d'obtenir que 500 jeunes s'engagent à ne jamais fumer, et plus de 2 200 jeunes ont répondu à l'appel en prenant un engagement par écrit. La campagne a été appuyée par un site Web, une trousse à l'intention des enseignants, un vidéo et un affichage interactif. Un autre volet de la campagne visait les parents par des annonces passées dans les journaux, à la radio et à la télévision.

Au **Quebec**, 34 000 étudiants du secondaire ont été emballés par le rock pendant 92 spectacles de « In Vivo », un spectacle de théâtre avec musique rock, conçu pour diffuser des informations concernant les effets de l'usage du tabac.

En 2002, le ministère de la Santé et du Mieux-être du **Nouveau-Brunswick**, avec l'appui du ministère de l'Éducation, a lancé un programme de subvention aux écoles afin de réduire le tabagisme chez les étudiants et d'aider les écoles à devenir entièrement libres du tabac, comme l'exige une loi entrée en vigueur au mois d'octobre 2004. Au cours des trois années de subvention, 97 % des écoles secondaires ont obtenu accès à des crédits offerts dans le

cadre de ce programme, au montant total d'environ 25 000 dollars. Étant donné que selon la recherche, la participation des étudiants est importante pour influencer les choix santé et les comportements, un critère clé de l'admissibilité à ce programme est une approche scolaire globale de la santé - participation active des étudiants et des groupes d'étudiants. Les écoles ont entrepris des démarches innovatrices et créatrices, qui ont souvent fait participer plusieurs classes à la fois, et ont organisé des activités conjointes pour les étudiants, les enseignants et les parents. Ces initiatives ont connu tellement de succès que le programme des subventions a été prolongé.

Le programme Smoke Screening [Dépistage du tabagisme] est une initiative conjointe des **Territoires du Nord-Ouest**, du **Yukon** et du **Nunavut**. Ce programme, monté pour la première fois en 2003, a été si populaire qu'on l'a répété en 2004-2005. Le programme a suscité une réponse enthousiaste encore une fois cette année : 3 924 bulletins de vote d'étudiants ont été retournés, et 78 écoles sur 98 dans les trois territoires ont participé au programme. Les étudiants de la 6e à la 12e année ont regardé 12 des meilleures annonces télévisées destinées à éduquer le public au sujet du tabac, des annonces recueillies de partout dans le monde, et ont voté pour celle qu'ils ont trouvée la plus efficace. Ce processus stimule de bons débats dans la salle de classe sur divers thèmes concernant l'usage du tabac, et les commentaires des enseignants ont été très positifs.

Afin de mobiliser les six groupes de professionnels de la santé au **Québec**, le gouvernement, par l'entremise de l'Institut national de santé publique du Québec, a alloué 60 000 dollars par profession pour leur permettre de mettre au point des outils appropriés en matière de cessation. Le groupe des professionnels de la santé en question est composé de médecins, de dentistes, de pharmaciens, d'infirmiers et d'infirmières, d'hygiénistes dentaires et d'inhalothérapeutes.

La **Saskatchewan Coalition for Tobacco Reduction** [Coalition pour la réduction du tabagisme de la Saskatchewan] a lancé un projet de zones scolaires libres de tabac qui adopte une démarche globale de lutte contre l'usage du tabac par les jeunes par divers moyens : élaboration de politiques, soutien à la cessation et aux espaces sans fumée, et sensibilisation accrue aux activités de l'industrie du tabac. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a subventionné, en 2004, une conférence organisée pour regrouper des jeunes et les préparer à entreprendre ce travail dans leurs écoles respectives.

En août 2004, le ministère de la Santé et des Services communautaires de **Terre-Neuve-et-Labrador** a collaboré avec le ministère de l'Éducation pour exécuter le projet pilote *Smoke-free Spaces Activist Toolkit* [Coffre à outils pour les militants en faveur des lieux sans fumée], un document versé sur CD-ROM. Les résultats de ce projet, réalisé dans des écoles, ont démontré que les jeunes ont pu assumer un rôle de leadership en mettant en œuvre des plans d'action qui ont permis d'établir des partenariats, de faire un travail de sensibilisation et d'effectuer des changements positifs à l'école et dans la communauté. Le point de mire du projet était la sensibilisation globale au danger de la fumée secondaire; cependant, on a poursuivi également les activités concernant la modification des politiques. Ce projet a permis aux étudiants et aux adultes de renforcer les capacités au niveau local concernant l'enjeu de la fumée secondaire. On a réussi à montrer qu'en unissant l'enthousiasme à une vision et au leadership, les jeunes et les adultes pouvaient se concerter pour changer les choses.

En **Ontario**, Cancer Care Ontario a déployé sa stratégie antitabac chez les Autochtones afin de mobiliser les communautés autochtones et les faire participer à des stratégies de lutte contre le tabagisme qui soient appropriées sur le plan culturel et qui encouragent, dans la communauté, une utilisation sage du tabac. Une augmentation de crédits a permis à quatre autres collectivités de travailler à des projets pilotes sur la prévention, l'élaboration des politiques, la sensibilisation du public et la cessation.

Le **Conseil consultatif de la jeunesse du Nouveau-Brunswick** et la **Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick** ont collaboré à l'établissement d'un réseau de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) à l'échelle de la province, pour aider les efforts de lutter contre le tabagisme. Le lancement officiel du Réseau des jeunes contre le tabac a eu lieu à la Conférence sur le leadership des étudiants du Nouveau-Brunswick en novembre 2004. Plus de 100 jeunes enthousiastes ont participé à une séance de remue-méninges sur la problématique de l'usage du tabac et les solutions à envisager. On leur a également lancé le défi de mettre sur pied des projets de sensibilisation au tabac dans leurs écoles et collectivités.

Dans les régions rurales de la Saskatchewan, les **Partners for Rural Family Support** [Partenaires du soutien des familles en milieu rural] parraine des « Youth Empowerment Strategies » [Stratégies de responsabilisation des jeunes] (YES). Quatorze équipes YES œuvrent dans une dizaine de collectivités et une centaine de jeunes y participent. Le but du projet est de promouvoir des modes de vie sain, d'informer les jeunes et de les sensibiliser à la problématique du tabac, de favoriser l'acquisition de compétences en leadership, et d'enseigner le modèle de sensibilisation par les pairs.

En 2003, le club de football de Cole Harbour (CHSC), en **Nouvelle-Écosse**, en partenariat avec le Capital Health, a mis en œuvre une politique pour des lieux sans tabac. Une évaluation a démontré que l'initiative a réussi à atteindre un niveau élevé de sensibilisation, de compréhension et d'acceptation du message du football sans tabac et de la politique connexe chez les parents, les joueurs et les entraîneurs. Le succès de la démarche du club de football de Cole Harbour au niveau des politiques a mené, en 2004-2005, au partenariat de plusieurs organismes communautaires en vue de mettre au point une nouvelle ressource telle qu'un documentaire, *Tobacco-Free Sport and Recreation: How to Get There* [Le sport et les loisirs sans tabac : comment y parvenir].

Pour appuyer les lois provinciales par la création d'espaces sans fumée, **Santé Canada** a parrainé des ateliers d'une journée au Manitoba et en Saskatchewan pour mettre en vedette son document *Travailler dans un milieu sain : guide des politiques en matière de lutte au tabagisme*. Ces ateliers sont conçus pour appuyer les gens qui créent ou mettent en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans leur lieu de travail.

Au **Nunavut**, des représentants de la santé communautaire ont reçu une formation concernant les techniques d'intervention avec un minimum de contact, à utiliser avec leurs clients dans des situations quotidiennes qui se produisent dans leurs communautés respectives. La formation des représentants de la santé communautaire et d'autres membres des communautés au sujet de la lutte contre le tabagisme est cruciale parce que l'équipe de réduction du tabagisme du Nunavut n'est composée que de deux employés; un animateur de lutte contre le tabagisme, position que l'on a créée récemment, et un spécialiste de la réduction du tabagisme.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique collabore étroitement avec les ONG, les autorités sanitaires et d'autres intervenants sous l'égide de l'organisme ActNow, qui fait la promotion de la réduction du tabagisme, de la saine alimentation, de l'activité physique et d'activités pour une grossesse en santé. Un des partenaires de ActNow est la **B.C Healthy Living Alliance**, une coalition d'organismes dont les représentants sont, entre autres, des présidents et des directeurs généraux des principaux organismes provinciaux de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. L'Alliance a récemment publié le plan *Winnipeg Legacy*, plan de prévention visant à améliorer la santé des Britanno-Colombiens d'ici 2010.

Responsabilité de l'industrie et surveillance des produits du tabac

La **section de la Nouvelle-Écosse de la Société canadienne du cancer, Capital Health** et **Nova Scotia Health Promotion** ont décidé de se concerter pour effectuer une analyse environnementale des tactiques de marketing et de promotion de l'industrie du tabac en Nouvelle-Écosse. L'analyse a porté principalement sur les tactiques visant les jeunes et les jeunes adultes. L'analyse a visé notamment les bars, les boîtes de nuit et les magasins de vente au détail dans six collectivités. On a utilisé les résultats de l'analyse pour éduquer les collectivités pour qu'elles adoptent des politiques et des programmes plus efficaces de lutte contre le tabagisme, afin de réduire l'usage du tabac chez les jeunes et les jeunes adultes.

En **Colombie-Britannique**, un nouveau règlement concernant les panneaux d'avertissement des dangers pour la santé est entré en vigueur le 15 avril 2005. On a modifié le règlement concernant la vente des produits du tabac pour qu'il comprenne cinq nouveaux panneaux graphiques d'avertissement de danger pour la santé.

Recherche, évaluation et surveillance

L'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT) est une collaboration entre un groupe d'organismes canadiens et des ministères gouvernementaux. Les principaux bailleurs de fonds de l'initiative sont les six Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut national du cancer du Canada, la Société canadienne du cancer et Santé Canada. Disposant d'un budget annuel de plus de 3,5 millions de dollars, l'ICRCT est la plus importante initiative nationale de financement de la recherche sur la lutte contre le tabagisme.

En juin 2004 l'ICRCT a accordé cinq millions de dollars à 18 équipes retenues pour effectuer des travaux de recherche entre 2004 et 2009, équipes qui regroupaient, dans l'ensemble, 77 chercheurs. Cette somme représente la plus importante subvention jamais accordée dans le cadre d'une initiative stratégique unique, pour effectuer des recherches sur l'abus du tabac et l'accoutumance à la nicotine au Canada.

En décembre 2004, l'ICRCT a lancé un programme de subvention pluriannuel et innovateur pour appuyer la recherche communautaire et multisectorielle sur l'accoutumance à la nicotine. Les groupes cibles de ce programme comprennent les collectivités autochtones, les femmes, les enfants et les jeunes.

En 2004, avec le concours de Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Bureau des statistiques des **Territoires du Nord-Ouest** ont réalisé le premier sondage de surveillance sur l'usage du tabac dans le Nord. Les données recueillies sont comparables aux données réunies dans le cadre de l'ESUTC, et aideront à orienter les stratégies et les programmes antitabac des T.N.-O.

La **Colombie-Britannique** participe à plusieurs activités de recherche, y compris le projet de recherche sur l'accès des jeunes au tabac, qui comprend une analyse environnementale des programmes d'accès des jeunes dans d'autres administration, et l'évaluation de l'accès des jeunes au tabac dans la province, avec une ventilation par sous-ensembles d'âge (adolescents âgés de 13 à 15 ans, et de 16 à 19 ans), identification des lacunes dans les programmes, et formulation de recommandations pour l'amélioration des programmes, des politiques et des lois. Afin de favoriser l'échange de connaissances entre les chercheurs et les praticiens, la **Clean Air Coalition** [Coalition de l'air pur] de la Colombie-Britannique, en partenariat avec Santé Canada, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et l'Agence du cancer de la C.-B., appuie un club des petits déjeuners.

Un sondage commandité par la **Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco** (ACT) [Alliance pour la lutte contre le tabagisme de Terre-Neuve-et-Labrador] en avril 2005, indique que les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont exposés à moins de fumée secondaire du tabac qu'ils ne l'ont jamais été. Le sondage était conçu pour mesurer le succès d'une campagne médiatique de trois ans (*Second Hand Smoke—It Kills* [la fumée secondaire tue]). La campagne a été élaborée par l'Alliance et a été financée par **Santé Canada**. Les résultats sont encourageants, car ils indiquent que l'exposition à la fumée secondaire a baissé de façon importante, surtout chez les enfants. Voici quelques constatations clés :

- En 2003, 31,7 % des fumeurs ont rapporté qu'ils fumaient en présence des enfants. En 2005, ce chiffre avait baissé à 9 pour cent.
- Chez les répondants, 80 % étaient d'accord avec le plan du gouvernement provincial d'interdire de fumer dans tous les lieux publics, y compris les bars et les salles de bingo.
- Chez les fumeurs sondés, 90 % se rappelaient avoir vu des annonces antitabac au cours de l'année passée. C'est une donnée statistique encourageante, car la campagne ciblait les fumeurs.

Au cours de l'exercice 2004-2005, **Santé Canada** et le Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées ont évalué des messages concernant le tabac et la marihuana conçus pour aider les jeunes à acquérir des compétences leur permettant de résister aux pressions de fumer du tabac et/ou de la marihuana. Le groupe cible était les jeunes âgés de 10 à 19 ans. Les résultats de cette étude indiquent qu'on devrait séparer les messages concernant le tabac des messages portant sur la marihuana.

Au **Nouveau-Brunswick**, la Faculté d'éducation de l'Université du Nouveau-Brunswick, qui est membre du réseau de recherche de la Coalition antitabac de cette province, a structuré les activités de cueillette de données pour l'enquête de Santé Canada sur le tabagisme chez les jeunes, en collaboration avec un réseau pancanadien de chercheurs. On a mené une enquête auprès d'un échantillon d'élèves de la cinquième à la neuvième année dans 24 écoles au cours de l'année scolaire 2004-2005. Chaque district scolaire a reçu un rapport exposant le profil du tabagisme dans le but d'appuyer l'application des connaissances et la prise de mesures au niveau de l'école.

CONCLUSION

En 2001, le premier rapport *Aller vers l'avant* décrivait un projet pilote de deux ans en Colombie-Britannique : une ligne téléphonique pour encourager les gens à cesser de fumer. Cette ligne téléphonique, qui était l'une des premières au Canada, est devenue le fondement de la ligne téléphonique actuelle de la Colombie-Britannique, qui offre des services aux appelants, dans un choix de 130 langues.

En 2003, des lignes téléphoniques pour aider les fumeurs à cesser de fumer avaient été établies dans toutes les provinces et au Yukon. Entre le mois d'avril et février 2003, l'Ontario a enregistré 7 132 appels à sa ligne d'aide, soit environ 22 appels par jour. En 2005, la ligne téléphonique de la Colombie-Britannique recevait plus de 300 appels par mois. Au cours des cinq dernières années, les lignes téléphoniques pour encourager la cessation sont devenues une ressource valable, facilement à la portée des fumeurs qui désirent cesser de fumer.

En 2005, un réseau national de lignes d'aide pour les fumeurs désirant cesser de fumer avait été établi. Certaines lignes fonctionnent même 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

On constate ici la même évolution qui a caractérisé tant d'autres initiatives de lutte contre le tabagisme : une idée devient un projet pilote, un projet pilote devient programme, et le programme est diffusé à d'autres communautés où il est amélioré, raffiné et élargi. Les conférences et les camps destinés aux jeunes, les campagnes médiatiques, les sites Web, les concours « arrêter et gagner », les programmes scolaires sont autant d'initiatives qui ont suscité la coopération, la collaboration et les partenariats.

Dans d'autres domaines de la lutte contre le tabagisme, l'histoire est plus ou moins la même. Chaque fois qu'une instance a réussi à introduire une stratégie, une politique, une loi ou un règlement pour favoriser la lutte contre le tabagisme, il est devenu plus facile pour d'autres instances de songer à des gestes semblables.

Cinq ans, surtout dans le contexte de la lutte contre le tabagisme, c'est peu de temps. cependant, pendant cette période, nous avons acquis des connaissances, élaboré des ressources et créé des outils. Nous avons recueilli, posément et systématiquement, des données comparables et donc adaptées à la recherche. La Stratégie nationale, publiée en 1999, nous a permis de progresser sur le chemin menant à une société mieux portante.

Cependant, comme nous l'avons fait remarquer au chapitre « Suivi des indicateurs clés », plus la diminution du taux de prévalence ralentit, plus les fumeurs canadiens sont difficiles à influencer. Les données provenant du Nord et l'analyse des disparités sur le plan de la santé nous ont permis de constater la possibilité de variations systématiques dans la distribution de l'usage du tabac. C'est peut-être le moment de réétudier, encore une fois, notre stratégie nationale et de cibler les population plus difficiles à influencer à l'aide des tactiques conçues spécialement pour répondre à leurs besoins.

ANNEXE A

Liste des membres — Comité fédéral, provincial et territorial de liaison sur la lutte contre le tabagisme

Andrew Hazlewood (coprésident)
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé
1520, rue Blanshard, Rez-de-chaussée
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Téléphone : (250) 952-1731 Télécopieur : (250) 952-1713

Dawn Hachey (coprésidente)
Directrice générale par intérim
Programme de la lutte au tabagisme
Santé Canada
C.P. 3507A2, pièce D787
Immeuble MacDonald
123, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 941-1977 Télécopieur : (613) 954-2288

Linda Gama-Pinto (Santé Canada)
Gestionnaire, Relations externes
Programme de la lutte contre le tabagisme
Santé Canada
Pièce A605
Immeuble MacDonald
123, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 941-4053 Télécopieur : (613) 952-5188

Lloyd Carr (Alb.)
Gestionnaire principal, unité de réduction du tabagisme
Commission de la toxicomanie de l'Alberta
10909, avenue Jasper, 2e étage
Edmonton (Alberta) T5J 3M9
Téléphone : (780) 422-1350 Télécopieur : (780) 427-2352

Laurie Woodland (C.-B.)
Directrice
Ministère de la Santé
1520, rue Blanchard, 3e étage
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Téléphone : (250) 952-2847 Télécopieur : (250) 952-2279

Andrew Loughead (Man.)
Coordonnateur de la lutte contre le tabagisme
Ministère de la Santé du Manitoba
Santé publique, Unité de l'environnement
4070–300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : (204) 788-6731 Télécopieur : (204) 948-2040

Marlien Mckay (N.-B.)
Gestionnaire de projet, Bureau du Médecin-hygiéniste en chef
Services de gestion de la santé publique
Ministère de la Santé et du Mieux-être
520, rue King, 2e étage
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : (506) 444-4633 Télécopieur : (506) 453-8702

Bernie Squires (T.-N.-L.)
Conseiller en matière de mode de vie et de promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services communautaires
Promenade Prince Philip
Immeuble de la Confédération, édifice de l'Ouest, 1er étage
C.P. 8700
St.John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
Téléphone . (709) 729-1374 Télécopieur : (709) 729-1918

Nancy Hoddinott (N.-É.)
Coordonnatrice, Stratégie de lutte contre le tabagisme
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
1690, rue Hollis, 10e étage
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
Téléphone : (902) 424-5962 Télécopieur : (902) 424-0663

Miriam Wideman (T.N.-O.)
Conseillère en matière de tabagisme
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
5022, 49e rue, Tour du Square central, 7e étage
C.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L8
Téléphone : (867) 920-8826 Télécopieur : (867) 873-0202

Kelly Loubert (NU)
Spécialiste de la réduction du tabagisme
Spécialiste du ministère de la Santé
Gouvernement du Nunavut
C.P. 1000, succursale postale 1000
Iqualuit (Nunavut) X0A 0H0
Téléphone : (867) 975-5783 (ligne privée) (867) 975-5700 (Réception)
Télécopieur : (867) 975-5780

Karim Kurji (Ont.)
Médecin chef associé, directeur par interim
Direction de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé
Division de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
393, av. University, bureau 2100
Toronto (Ontario) M5G 1E6
Téléphone : (416) 327-7388 Télécopieur : (416) 314-5497

Lisa Shaffer (Î.-P.-É.)
Développement communautaire et réduction du tabagisme
Division de la santé publique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
11, rue Kent, C.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
Téléphone : (902) 368-6133 Télécopieur : (902) 368-4969

Mary Martin-Smith (Sask.)
Directrice, Promotion de la santé
Direction générale de la santé de la population
Ministère de la Santé de la Saskatchewan
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : (306) 787-7110 Télécopieur : (306) 787-3823

Susie Ross (YK)
Coordonnatrice de la promotion de la santé
Programme de la santé communautaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement territorial du Yukon
2, chemin de l'Hôpital, pièce 111
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H8
Téléphone : (867) 667-8394 Télécopieur : (867) 667-8338

Kathy Langlois
Directrice générale
Direction générale de la santé de Premières nations et des Inuits
Direction des programmes communautaires
Santé Canada
20e étage, pièce 2039B, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 952-9616 Télécopieur : (613) 941-3710

Nous tenons à exprimer nos remerciements au gouvernement du Québec de ses compétences et de sa collaboration dans le cadre de la rédaction du rapport d'étapes de 2005 sur la lutte antitabac, *Aller vers l'avant*.